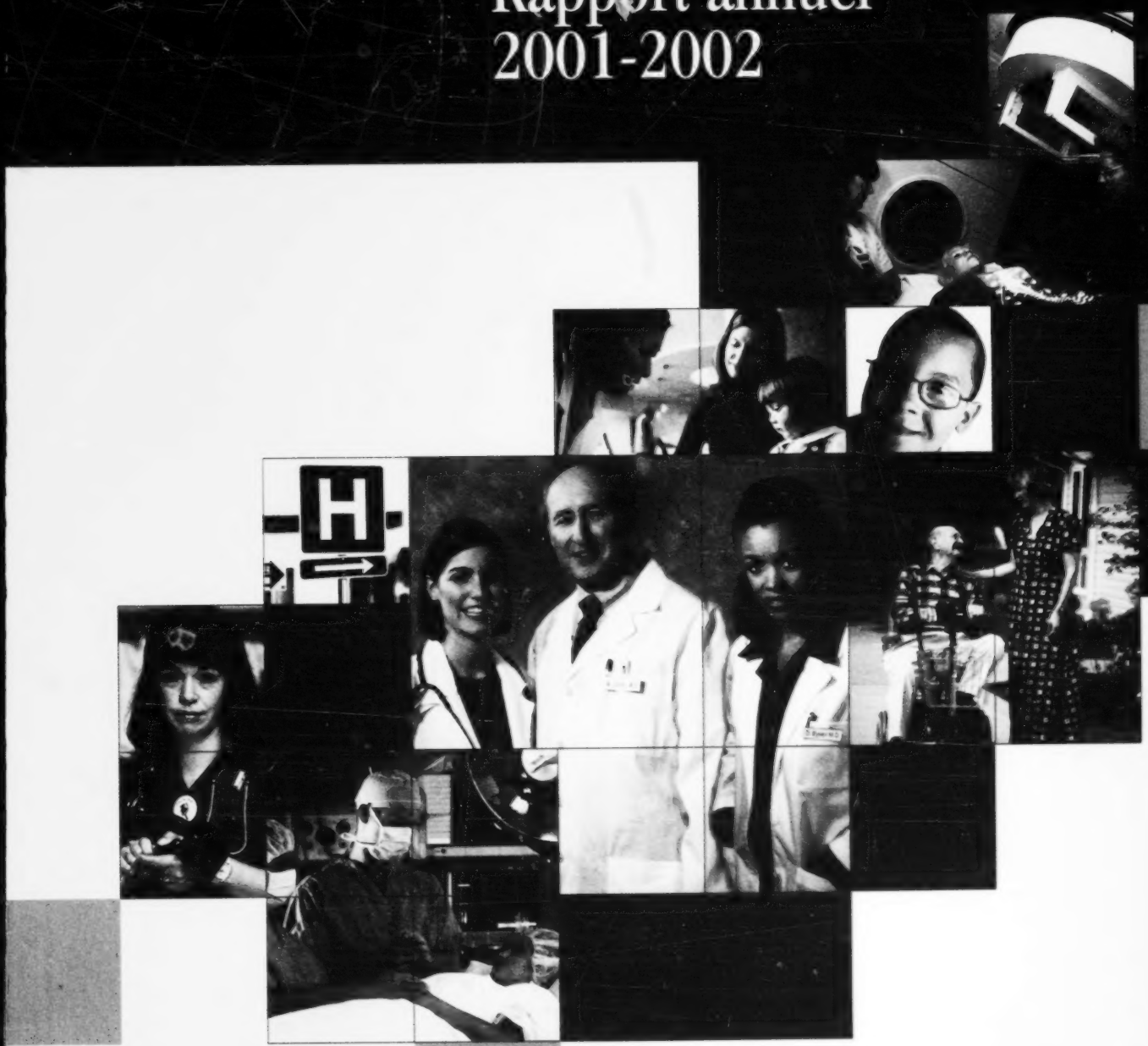
Santé Canada Health Canada

Loi canadienne sur la santé

Rapport annuel 2001-2002



Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

This document is also available in English under the following title
Canada Health Act Annual Report 2001-2002

Préparé par :

Santé Canada
Politique de la santé et des communications
Division de la Loi canadienne sur la santé

Pour joindre la Division de la Loi canadienne sur la santé :

Visitez notre site Web à http://www.hc-sc.gc.ca/medicare

Par courriel : medicare_hc@hc-sc.gc.ca

Écrivez-nous à l'adresse suivante :

Division de la Loi canadienne sur la santé
0908C1 Édifice Brooke-Claxton
Parc Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Canada

Pour obtenir des copies supplémentaires de cette publication, veuillez communiquer avec le Centre de distribution de Santé Canada :

Centre de distribution de Santé Canada
0900C2 Édifice Brooke-Claxton
Parc Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Canada

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366
Courriel : info@hc-sc.gc.ca

Ce document est également disponible dans le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/medicare

Les coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux sont présentées à la fin de ce rapport.

La présente publication peut être produite en format électronique ou en gros caractères sur demande.

© Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H1-4/2002F
ISBN : 0-662-88176-1

Minister of Health Ministre de la Santé

The Honourable/L'honorable A. Anne McLellan

Ottawa, Canada K1A 0K9

décembre 2002

Son Excellence la très honorable Adrienne Clarkson,
Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2002.

Je vous prie d'agréer, Madame la Gouverneure générale, l'assurance de mon profond respect.

A. Anne McLellan

Avant-propos

Comme l'a souligné Son Excellence la Gouverneure générale du Canada dans le discours du Trône du 30 septembre 2002, aucune autre question ne touche les Canadiens et les Canadiennes d'aussi près que celle des soins de santé. Notre régime de soins de santé représente de façon concrète les valeurs qui nous définissent en tant que pays. Ces valeurs, ce sont l'impartialité, l'équité et la solidarité.

La dernière année a été remarquable et historique en ce qui concerne le renouvellement et la viabilité à long terme de notre système de soins de santé. Le 28 novembre 2002, j'ai déposé à la Chambre des communes le rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, intitulé *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Le gouvernement du Canada accueille favorablement ce rapport, préparé par le commissaire Roy J. Romanow, c.r., et le remercie pour son dévouement et son engagement au nom des Canadiens et des Canadiennes. Son rapport contribue de façon essentielle à la discussion sur la viabilité à long terme de notre système public de soins de santé. La population canadienne dispose également d'autres examens du système effectués dernièrement par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Ensemble, ces études offrent un fondement solide pour l'action.

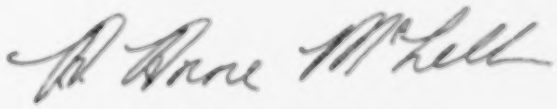
À la suite de la publication du rapport du commissaire Romanow, j'ai rencontré mes homologues provinciaux et territoriaux pour amorcer des discussions en vue de la réunion des premiers ministres que le Premier ministre convoquera au début de 2003. Le Premier ministre convoquera cette réunion des premiers ministres afin d'élaborer un plan de réforme complet visant la modernisation de l'assurance-santé, y compris une imputabilité plus grande envers les Canadiens et les Canadiennes. Ce plan prévoira les investissements fédéraux à long terme nécessaires, qui seront présentés dans le prochain budget.

Au cours de cette période de discussion et de débat, le gouvernement du Canada a continué à faire respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la prestation des services médicaux et hospitaliers assurés qui sont médicalement nécessaires. Depuis le rapport du vérificateur général de 1999, dans lequel on pouvait lire que « Santé Canada ne dispose pas de l'information nécessaire pour surveiller le respect de la Loi et rendre des comptes à ce sujet avec efficacité », des améliorations ont été apportées à l'application de la Loi, notamment une meilleure reddition de comptes au Parlement et à la population canadienne grâce à la présentation d'un rapport annuel amélioré, et l'ajout de nouvelles ressources humaines et de nouveau personnel à l'administration centrale et dans les régions. En avril 2002, j'ai conclu une entente avec les provinces et les territoires pour établir un processus de prévention et de règlement des différends afin de régler les questions relatives à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*. Il s'agissait d'une des principales recommandations du rapport de vérification de 1999. Dans une vérification de suivi en 2002, la vérificatrice générale soulignait que davantage de progrès pouvaient être réalisés. Pour ce faire, Santé Canada continuera de combler les lacunes de la collecte d'information afin de remplir ses obligations en matière d'application de la Loi.

Notre objectif en ce qui touche l'application de la *Loi canadienne sur la santé* est d'assurer le respect des principes de la Loi par les provinces et les territoires, dans un esprit de coopération, d'équité et de transparence. Lorsque des questions de non-conformité éventuelle sont soulevées, elles sont habituellement réglées par les fonctionnaires, de manière efficiente et

sans pénalité. Parmi les questions faisant l'objet d'une enquête, deux ont été réglées au cours de l'exercice 2001-2002. L'une d'elles portait sur le resquillage pour les services d'imagerie par résonance magnétique médicalement nécessaires offerts en milieu hospitalier en Ontario, l'autre sur la facturation pour des services de tomodensitométrie médicalement nécessaires offerts en Colombie-Britannique.

Les Canadiens et les Canadiennes veulent que leurs gouvernements travaillent ensemble pour gérer les questions liées au système de santé, en faisant montre de plus de transparence et d'ouverture. Pour moi et pour mes homologues provinciaux et territoriaux, ceci doit être et sera notre priorité. Nous devons assurer la mise en place d'un système de soins de santé qui soit accessible, de qualité, fidèle aux valeurs des Canadiens et des Canadiennes et aux principes de la Loi, et viable à long terme.



A. Anne McLellan
Ministre de la Santé

103-04075/

Remerciements

Santé Canada tient à souligner le travail et les efforts qui ont été investis dans la production du présent rapport annuel. Le dévouement et la diligence des ministères de la Santé énumérés ci-dessous, et de leur personnel, auront permis de présenter le présent rapport sur l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et du Labrador

Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Ministère de la Santé du Manitoba

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique
Ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Nunavut

Nous désirons souligner également le travail considérable réalisé par l'équipe de production : le personnel de l'unité de l'éditique, les services de traduction, de révision et de concordance, ainsi que le personnel de Santé Canada, à l'Administration centrale et dans les bureaux régionaux.

Table des matières

Avant-propos i

Remerciements iii

Table des matières v

Introduction 1

Chapitre 1 – Loi canadienne sur la santé : aperçu 3

Chapitre 2 – Administration et conformité 9

Chapitre 3 – Régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires en 2001-2002 15
- Terre-Neuve et Labrador 17
- Île-du-Prince-Édouard 33
- Nouvelle-Écosse 45
- Nouveau-Brunswick 57
- Québec 73
- Ontario 81
- Manitoba 97
- Saskatchewan 111
- Alberta 131
- Colombie-Britannique 159
- Yukon 175
- Territoires du Nord-Ouest 193
- Nunavut 205

Annexe A – Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux 215
- Terre-Neuve et Labrador 219
- Île-du-Prince-Édouard 227
- Nouvelle-Écosse 235
- Nouveau-Brunswick 243
- Ontario 251
- Manitoba 259
- Saskatchewan 267
- Alberta 275
- Colombie-Britannique 283
- Yukon 291
- Territoires du Nord-Ouest 301
- Nunavut 309

Annexe B – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs 317

Annexe C – Énoncés de politiques concernant l'interprétation 341

Annexe D – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé 353

Annexe E – Retenues et remboursements effectués en vertu de la Loi canadienne sur la santé 359

Annexe F – Évolution des transferts fédéraux et Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux 363

Annexe G – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport 365

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ..... à la fin de ce Rapport

Introduction

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont la pierre angulaire du système de soins de santé canadien et témoignent des valeurs qui ont inspiré le système canadien de soins de santé à payeur unique financé par l'État, il y a plus de 40 ans. Cette Loi, adoptée à l'unanimité par le Parlement en 1984, atteste de l'engagement du gouvernement fédéral à maintenir un système d'assurance-santé fondé sur l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique. La *Loi canadienne sur la santé* a pour but de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient accès aux services hospitaliers et médicaux nécessaires sans avoir à débourser directement pour ces services. La *Loi canadienne sur la santé* définit les conditions d'octroi et les conditions de versement que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir la totalité des contributions pécuniaires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

Le présent rapport est produit conformément aux exigences énoncées à l'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir :

> « Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi. Le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement. »

En vertu de *Loi canadienne sur la santé*, la ministre fédérale de la Santé doit fournir des renseignements sur le fonctionnement des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires notamment en ce qui a trait au respect des conditions d'octroi et de versement énoncées dans la Loi. La collecte de ces renseignements s'est faite sous le signe de la collaboration : les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont conjugué leurs efforts pour fournir l'information dont la ministre fédérale de la Santé a besoin.

Le chapitre 1 donne un aperçu de la *Loi canadienne sur la santé* et de la réglementation et des politiques connexes qui sont utilisées dans le cadre de l'administration de la Loi. Le chapitre 2 porte sur l'administration de la *Loi canadienne sur la santé* au cours de l'exercice 2001-2002, et comprend un résumé des questions traitées concernant la conformité, les retenues effectuées et les événements mémorables survenus après le 31 mars 2002. Le chapitre 3 présente des descriptions des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires liées aux programmes et aux services pour l'exercice finissant le 31 mars 2002. Sept annexes, dont la liste apparaît ci-après, sont également jointes au rapport et fournissent une gamme de renseignements supplémentaires concernant l'administration de la Loi et du système canadien de soins de santé.

Des données statistiques pour chaque province et territoire sur les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en vertu de la Loi figurent dans l'annexe A. Un exemplaire de la *Loi canadienne sur la santé* et de son règlement (consolidation non officielle en juin 2001) figurent dans l'annexe B. L'annexe C présente des exemplaires de deux énoncés de principes clés qui clarifient l'interprétation fédérale des conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*. L'annexe D présente une description du nouveau Processus de prévention et de règlement des différends qui est entré en vigueur au cours de l'année 2002. L'annexe E résume les déductions et les remboursements effectués sur les transferts fédéraux en vertu de la Loi. L'annexe F décrit l'évolution des transferts fédéraux pour les soins de santé au Canada. L'annexe G est un lexique des termes utilisés dans le présent rapport. À l'intérieur de la couverture arrière, vous trouverez les coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

Chapitre 1 – Loi canadienne sur la santé : aperçu

« Au départ, les principes de la Loi canadienne sur la santé n'étaient que de simples conditions liées au financement de l'assurance-santé par le gouvernement fédéral. Au fil des ans, ce concept s'est grandement élargi. Aujourd'hui, ces principes représentent aussi bien les valeurs qui sous-tendent le système de santé que les conditions imposées par les gouvernements pour le financement public d'un système national de santé. Les principes ont résisté à l'épreuve du temps et correspondent toujours aux valeurs de la population canadienne. »

(Roy J. Romanow, C.R. novembre 2002)

Dans le présent chapitre, nous décrivons la *Loi canadienne sur la santé*, ses dispositions et ses principes, ainsi que les exclusions en vertu de la Loi. On y retrouve aussi les règlements et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la* santé et deux lettres officielles utilisées dans le cadre de l'interprétation des politiques de la Loi. Ces lettres d'interprétation des anciens ministres de la Santé Jake Epp et Diane Marleau à leurs homologues provinciaux et territoriaux sont utilisées dans le contexte de l'interprétation et de l'application de la Loi.

Qu'est-ce que la *Loi canadienne sur la santé*?

La *Loi canadienne sur la santé* est la loi fédérale qui régit l'assurance-santé.

La Loi présente l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé qui consiste à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent.

La *Loi canadienne sur la santé* établit les conditions d'octroi et de versement applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de veiller à ce que tous les résidents admissibles du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés qui sont médicalement nécessaires sans avoir à débourser directement pour ces services au point de service.

Principales définitions de la LCS

Deux groupes de services sont définis en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis aux personnes assurées.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services hospitaliers assurés désignent les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune, les services infirmiers, certains actes de diagnostic comme les tests sanguins et les radiographies, l'administration des médicaments fournis à l'hôpital aux patients, et l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie.

Au sens de la Loi, les services médicaux assurés sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Les services de chirurgie dentaire sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital et qui ne peuvent être offerts convenablement que dans un tel établissement.

Les services complémentaires de santé visés par la *Loi canadienne sur la santé* comprennent les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes) et les composantes « santé » des soins à domicile et des soins ambulatoires.

Les personnes assurées sont les résidents admissibles d'une province. Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, un résident est une « personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

Les personnes non visées par la *Loi canadienne sur la santé* sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Exigences de la Loi canadienne sur la santé

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires doivent satisfaire à neuf exigences pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Ces neuf exigences sont les suivantes :

- cinq conditions d'octroi s'appliquant uniquement aux services de santé assurés;
- deux conditions de versement s'appliquant aux services de santé assurés et aux services complémentaires;
- des dispositions touchant la surfacturation et les frais modérateurs, qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

Conditions d'octroi

1. Gestion publique (article 8 de la LCS)

Le critère relatif à la gestion publique, défini à l'article 8 de la *Loi canadienne de la santé*, s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. Ce critère vise à assurer que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux sont gérés par une autorité publique sans but lucratif relevant du gouvernement provincial ou territorial pour les décisions concernant les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.

2. Intégralité (article 9)

Pour être admissible aux paiements de transfert en espèces du gouvernement fédéral, le critère d'intégralité de la *Loi canadienne de la santé* suppose « qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé. »

3. Universalité (article 10)

En vertu du critère d'universalité, tous les résidents assurés de la province ou du territoire ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial selon des modalités uniformes. Les provinces et territoires exigent généralement que les résidents s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

Les nouveaux arrivants au Canada, tels que les résidents permanents et les Canadiens qui rentrent au pays après avoir séjourné dans d'autres pays, peuvent être assujettis à un délai d'au plus trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés.

4. Transférabilité (article 11)

Les résidents qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire continuent d'être protégés par le régime de leur province ou territoire « d'origine » pendant la période d'attente minimale

imposée par le régime de la nouvelle province ou du nouveau territoire de résidence. Le délai d'admissibilité à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé.

Les résidents qui sont temporairement absents de leur province, de leur territoire ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou de leur territoire d'origine dans des limites prescrites, tout en étant assurées par leur régime d'assurance-santé.

La transférabilité n'autorise pas une personne à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Elle a plutôt pour objet de permettre l'admissibilité d'une personne aux services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsque celle-ci est absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou pour des vacances.

Lorsque des personnes assurées sont temporairement absentes parce qu'elles sont dans une autre province ou un autre territoire, le critère de transférabilité requiert que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Si des personnes assurées sont temporairement absentes du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d'origine.

Pour que la protection s'étende à certains services électifs (non urgents), un résident d'une province ou d'un territoire qui est temporairement absent peut être tenu d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé de sa province ou de son territoire.

5. *Accessibilité (article 12)*

Le critère d'accessibilité vise à assurer l'accès raisonnable pour les résidents d'une province ou d'un territoire aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie buccale assurés, selon des modalités uniformes et sans qu'il soit restreint, directement ou indirectement, par des frais modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens (p. ex. la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière). De plus, les régimes d'assurance-santé de la province ou du territoire doivent prévoir :

- la rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;
- le versement aux hôpitaux de montants destinés à défrayer les services de santé assurés.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès raisonnable sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires doit être interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les résidents d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de santé assurés là où les services sont offerts et selon la disponibilité de ces services, selon des modalités uniformes.

Conditions de versement

Renseignements (article 13(a)) — Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer à la ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complementaires de santé.

Reconnaissance (article 13(b)) — Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état, de façon appropriée, de la contribution fédérale aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui découragent la surfacturation et les frais modérateurs pour les services de santé assurés dans une province ou un territoire sont édictées aux articles 18 à 21. S'il est établi qu'une province ou un territoire permet la surfacturation ou les frais modérateurs, une retenue doit être faite en vertu de la Loi à même

le transfert fédéral en espèces à cette province ou à ce territoire. Le montant de la retenue pour un exercice est déterminé par la ministre fédérale de la Santé en fonction des renseignements fournis par la province ou le territoire conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* décrit ci-dessous.

Surfacturation (article 18)

La *Loi canadienne sur la santé* définit la surfacturation comme la facturation de la prestation d'un service de santé assuré à une personne assurée par un médecin ou un dentiste (c.-à-d. un chirurgien dentiste qui offre des services de santé assurés dans un milieu hospitalier), en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial ou territorial d'assurance-santé. Si, par exemple, un médecin demandait cinq dollars à ses patients pour une consultation déjà couverte par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, les cinq dollars demandés constitueraient une surfacturation. La surfacturation est perçue comme un obstacle ou une entrave pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux; elle contrevient donc au critère d'accessibilité.

Frais modérateurs (article 19)

La *Loi canadienne sur la santé* définit les frais modérateurs comme tous les frais pour un service de santé assuré qui sont permis par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé mais que ce dernier ne rembourse pas, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Si, par exemple, un patient se voyait imposer des frais pour avoir reçu un service assuré d'un centre hospitalier ou d'une clinique, ces frais seraient considérés comme étant des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis en vertu de la Loi, et comme la surfacturation, ils constituent un obstacle à l'accès.

Autres éléments de la Loi

Règlements (article 22)

L'article 22 de la *Loi canadienne sur la santé* permet au gouvernement fédéral d'édicter des règlements en application de la Loi dans les secteurs suivants :

- déterminer les services à inclure à la définition de « services complémentaires de santé » de la LCS;
- déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- déterminer les genres de renseignements dont la ministre fédérale de la Santé peut raisonnablement demander d'une province ou d'un territoire afin de recevoir un transfert fédéral complet;
- prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

Le seul règlement passé en application de la *Loi* est le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, qui exige que les provinces et les territoires fournissent des prévisions des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Selon ce règlement, ils doivent aussi fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les retenues réelles puissent être faits. (L'annexe B renferme le texte de ce règlement.)

Pénalités imposées en vertu de la Loi canadienne sur la santé

Pénalités obligatoires

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une retenue obligatoire d'un

montant équivalent sur leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCSPS. Par exemple, si l'on déterminait qu'une province a autorisé les médecins à pratiquer la surfacturation pour un montant total de 500 000 $, ce montant serait retenu sur les paiements de transfert fédéraux versés à cette province.

Pénalités discrétionnaires

Les provinces ou territoires qui ne satisfont pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* peuvent se voir imposer des pénalités discrétionnaires. Les montants de ces retenues des paiements de transfert au titre du TCSPS sont établis en fonction de la gravité du défaut.

Avant d'imposer toute pénalité discrétionnaire, la *Loi canadienne sur la santé* prévoit un processus de consultation qui doit être entrepris avec la province ou le territoire visé. Les dispositions touchant les pénalités discrétionnaires prévues par la *Loi* n'ont pas été appliquées jusqu'ici.

Services de soins de santé non couverts par la Loi

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* requière que les services de santé assurés soient offerts aux personnes assurées dans le respect des critères et des conditions édictés dans la *Loi*, ce ne sont pas tous les résidents du Canada ni tous les services de santé qui sont couverts par la *Loi*. Deux catégories de services sont exclues des services assurés :

- les services qui ne correspondent pas à la définition des services de soins de santé assurés (définition à la page 3);
- certains groupes de personnes et services sont exclus des définitions concernant les personnes et les services assurés.

Ces exclusions sont traitées ci-dessous.

Services de soins de santé non assurés

En plus des services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux et les médecins qui sont couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires offrent toute une gamme de services et de prestations qui ne sont pas du ressort de la *Loi*. Ces services et prestations supplémentaires sont offerts à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons des services de soins à domicile, des prestations pour médicaments d'ordonnance, des services ambulanciers, des services d'optométrie et des services de soins dentaires.

Les services supplémentaires offerts par les provinces et territoires peuvent viser des groupes donnés (p. ex. enfants, aînés ou bénéficiaires de l'aide sociale) et être assurés en tout ou en partie par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés aux termes des lois provinciales et territoriales sur l'assurance-santé. Parmi ces services hospitaliers non assurés pour lesquels des frais peuvent être imposés aux patients, mentionnons l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée, sauf si elle est prescrite par un médecin, les soins infirmiers privés, et la fourniture de téléphones et de téléviseurs. Parmi les services médicaux non assurés pour lesquels les patients peuvent se voir imposer des frais, mentionnons les consultations téléphoniques, la délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs ou les centres de culture physique, les témoignages devant les tribunaux et la chirurgie esthétique.

Personnes non assurées

La définition de « personne assurée » de la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier et les personnes qui n'ont pas satisfait à la condition

du délai minimal de résidence (période d'au plus trois mois). De plus, la définition de « service de santé assuré » exclut les services de santé auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex. réfugiés) ou de la loi sur les accidents du travail d'une province ou d'un territoire.

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés a été établie avant l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* et n'est pas destinée à établir des différences en ce qui concerne l'accès aux soins de santé assurés financés par l'État.

Énoncés de politiques concernant l'interprétation

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. Les deux lettres sont reproduites à l'annexe C du présent rapport.

Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la LCS. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi.

Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

Chapitre 2 - Administration et conformité

Administration

La *Loi canadienne sur la santé* donne le pouvoir à la ministre de la Santé d'enquêter et de voir à la conformité des provinces et des territoires ayant trait aux neuf exigences de la Loi présentées dans le chapitre précédent. Pour assumer cette responsabilité, la ministre obtient l'aide des fonctionnaires - politiques, communications et information - de Santé Canada à Ottawa et dans les bureaux régionaux, ainsi que des conseillers juridiques du ministère de la Justice.

La Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la Loi canadienne sur la santé fait partie de la Direction des affaires intergouvernementales de la Direction générale des politiques et de la consultation, Santé Canada, et est responsable de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. Les fonctionnaires de la Division des bureaux d'Ottawa et des régions sont chargés des fonctions suivantes :

- surveiller et analyser les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé afin d'assurer le respect des critères et des conditions ainsi que des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour enquêter et résoudre les problèmes associés à la conformité à la LCS et exercer des activités qui favorisent la conformité à la Loi;
- informer la ministre des éventuelles infractions à la Loi et recommander l'adoption de mesures pertinentes pour résoudre la situation;
- rédiger et produire le Rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'administration et l'application de la Loi ;
- établir et entretenir des relations et des partenariats officiels et non officiels avec des fonctionnaires de la santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour favoriser le partage de l'information;
- recueillir, résumer et analyser des renseignements pertinents sur les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux;
- diffuser des renseignements concernant la *Loi canadienne sur la santé* et les régimes d'assurance-santé au Canada financés par l'État;
- répondre aux demandes de renseignements et à la correspondance concernant la *Loi canadienne sur la santé*;
- procéder à l'analyse des questions et à la recherche stratégique afin de présenter à la ministre des options et des recommandations ayant trait à la politique relatives aux principes de la Loi.

Au cours de l'exercice 2001-2002, la Division a examiné plusieurs nouvelles questions concernant la conformité à la *Loi canadienne sur la santé*. Ces questions sont décrites dans la prochaine partie. En outre, la Division a participé aux activités suivantes :

- collaborer avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé en ce qui concerne le Comité fédéral-provincial-territorial de coordination de la facturation réciproque (voir ci-dessous);
- élaborer un processus de prévention et de règlement des différends pour traiter des questions liées à l'interprétation des principes de la LCS;
- collaborer avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé relativement à l'approvisionnement, à la demande et à la prestation des services d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie au Canada;
- appuyer les examens fédéraux du système canadien de soins de santé relatifs à la *Loi canadienne sur la santé* (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; Comité sénatorial permanent des affaires

sociales, des sciences et de la technologie; le rapport du vérificateur général du Canada intitulé *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé)*;

- produire une version électronique révisée du Système d'information sur les prestations supplémentaires, élaborée en collaboration avec des fonctionnaires provinciaux et territoriaux comme source d'information sur les services de soins de santé financés par l'État qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*;
- préparer des réponses pour les quelque 2000 demandes de renseignements du public, des députés, des ministères, des organismes intéressés et des médias au sujet de questions touchant l'assurance-santé à l'échelon national, provincial ou territorial, que ces demandes lui soient communiquées par téléphone, par courriel ou par la poste.

Comité de coordination de la facturation réciproque

La Division de la Loi canadienne sur la santé préside le Comité fédéral-provincial-territorial de coordination de la facturation réciproque (CCFR) et en assure le secrétariat. Le Comité a été créé en 1991 pour traiter des questions concernant la facturation interprovinciale de services hospitaliers et médicaux ainsi que les questions associées à l'inscription aux régimes d'assurance-santé et à l'admissibilité à ceux-ci.

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* ayant trait à la transférabilité interprovinciale et interterritoriale sont mises en oeuvre par l'entremise d'une série d'ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. Ainsi, en général, la carte santé d'un patient sera acceptée, comme paiement, lorsque le patient reçoit des services hospitaliers ou médicaux dans une autre province ou un autre territoire. La province ou le territoire qui offre le service facturera ensuite directement la province ou le territoire de résidence. Tous les territoires et toutes les provinces participent aux ententes réciproques touchant les soins hospitaliers et tous, à l'exception du Québec, participent à des ententes réciproques touchant les soins médicaux. Ces ententes visent à assurer que les résidents du Canada n'ont pas à payer des frais pour des services hospitaliers ou médicaux médicalement nécessaire lorsqu'ils voyagent au Canada. Toutefois, ces ententes sont interprovinciales et interterritoriales et non fédérales, et les provinces et territoires ne sont pas tenus de les signer en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

À l'automne 2001, le CCFR a donné mandat à un groupe de travail de consulter l'Institut canadien d'information sur la santé pour mettre à jour les tarifs d'hospitalisation aux fins de la facturation réciproque à l'aide des plus récentes données financières et statistiques. Ce sont ces taux qui servent aux provinces et aux territoires pour traiter les réclamations concernant les services hospitaliers offerts aux résidents des autres provinces et territoires. Les nouveaux tarifs ont été utilisés pour la première fois à l'été 2002 pour mieux refléter les coûts réels des services hospitaliers reçus au pays.

Conformité

La démarche privilégiée par Santé Canada pour le règlement des cas de non-conformité éventuelle met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue. La plupart du temps, les cas sont réglés par la voie de consultations et de discussions qui sont fondées sur l'examen approfondi des faits. Les pénalités ne sont appliquées que lorsque les autres options pour résoudre la situation ont échoué.

Santé Canada surveille constamment les opérations des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé afin de conseiller la ministre sur les situations de non-conformité possibles à la *Loi canadienne sur la santé*. Parmi les exemples de source de cette information, notons : des reportages des médias, des publications des gouvernements provinciaux et territoriaux; de la correspondance du public et d'autres groupes et des individus. Jusqu'à maintenant, presque tous les différends et les problèmes associés à l'administration et à l'exécution de la *Loi canadienne sur la santé* ont été traités et résolus sans avoir à imposer de pénalités.

Les questions ou les demandes découlant des activités de surveillance sont évaluées par des fonctionnaires du ministère au cas par cas. De nombreuses demandes ne sont pas directement liées à la *Loi canadienne sur la santé* et sont réglées rapidement par l'entremise de la vérification des faits avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé. Si une question légitime concernant la *Loi canadienne sur la santé* est soulevée, des fonctionnaires du ministère communiqueront avec la province ou le territoire et lui demanderont d'entamer une enquête. Par exemple, une personne peut communiquer avec Santé Canada au sujet d'une facturation pour un service qui n'est pas un service assuré en vertu de la Loi. De telles questions sont habituellement réglées grâce à un examen des faits et aux discussions entre fonctionnaires des divers paliers de gouvernement. Si une situation particulière demeure problématique, Santé Canada poursuit son examen de la question et, au besoin, la ministre de la Santé communique avec son homologue provincial ou territorial afin que la question soit traitée et réglée.

Les renseignements suivants décrivent les questions concernant la conformité à la LCS traitées en 2001-2002.

Problèmes associés à la LCS en 2001-2002

Santé Canada requiert de plus amples renseignements sur les problèmes suivants avant de se prononcer sur la conformité ou la non-conformité à la *Loi canadienne sur la santé*.

- Médicaments administrés dans les hôpitaux — Remicade est un médicament intraveineux administré en milieu hospitalier pour le traitement de la maladie de Crohn et de la polyarthrite rhumatoïde. La Saskatchewan a été la première province à annoncer (novembre 2001) qu'elle couvrirait le médicament en vertu de son régime d'assurance-médicaments, avec participation aux coûts et franchises. La LCS stipule que les services hospitaliers médicalement nécessaires comprennent les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés en milieu hospitalier et n'établit aucune distinction entre les patients hospitalisés et ceux en clinique externe. Depuis, d'autres provinces ont adopté la même approche pour inclure ces services.
- Les services de diagnostic non requis médicalement vendus en Colombie-Britannique — en novembre 2001, il a été rapporté qu'un hôpital de Vancouver, Colombie-Britannique, vendait des services de tomodensitométrie complète du corps, non requis médicalement. Le ministère de la Santé de la province a répondu que les hôpitaux peuvent facturer des personnes pour des services de tomodensitométrie non requis médicalement. Santé Canada a demandé une justification de la Colombie-Britannique concernant l'offre de tels services qui ne sont pas médicalement nécessaires.
- Les patients des autres provinces qui obtiennent des services hospitaliers médicalement nécessaires dans d'autres provinces — les fonctionnaires de Santé Canada examinent la pratique des cliniques de chirurgie et de diagnostic privées qui offrent des services assurés médicalement nécessaires à des résidents d'autres provinces canadiennes qui payent personnellement pour ceux-ci. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, tous les résidents du Canada doivent avoir un accès raisonnable aux services assurés médicalement nécessaires selon leurs besoins, non leur capacité de payer.

Questions de conformité réglées en 2001-2002

- En décembre 1999, Santé Canada a été informé que des résidents assurés de l'Ontario achetaient, à titre privé, des services d'imagerie par résonnance magnétique dans un hôpital de l'Ontario sous le couvert d'un paiement d'une tierce partie et, favorisant donc le resquillage. À la suite de discussions bilatérales, l'Ontario a fourni de l'information à Santé Canada qui confirme que cette question a été résolue.
- En novembre 2001, les médias ont rapporté qu'un hôpital de la Colombie-Britannique facturait des patients pour des services de tomodensitométrie médicalement nécessaires. En mars 2002, le ministère de

la Planification de la santé de la Colombie-Britannique a indiqué que cette pratique avait été interrompue et que tous les patients facturés avaient été remboursés.

Santé Canada continue de clarifier et de résoudre des problèmes rapportés dans d'autres provinces afin d'assurer leur conformité à la *Loi canadienne sur la santé*.

Retenues

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse ne couvre pas les frais d'établissement à la seule clinique d'avortement privée de la province. Elle paye toutefois les honoraires des médecins pour les services d'avortement offerts par la clinique. En raison de cette situation, la province se trouve en position de non-conformité relativement à la politique fédérale sur les cliniques privées. Cette politique requiert que les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé payent les honoraires des médecins pour tous les services de santé médicalement nécessaires offerts dans une clinique privée, et qu'ils couvrent également les frais d'établissement ou s'exposent à des retenues sur le montant versé en vertu des paiements de transfert du gouvernement fédéral. Par conséquent, entre avril 2001 et mars 2002, des retenues mensuelles s'élevant à 3 250 $ ont été faites sur le montant versé au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le montant de la retenue a été établi en fonction des prévisions concernant les frais modérateurs à la clinique, telles que soumises par la province. Le montant total des retenues pour l'exercice 2001-2002 s'élevait à 39 000 $.

L'annexe E renferme un tableau détaillé de toutes les pénalités discrétionnaires et obligatoires imposées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. L'annexe F fournit des renseignements additionnels sur le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux; et l'annexe C présente de l'information sur la politique fédérale sur les cliniques privées (Lettre « Marleau »).

Événements d'intérêt au cours de l'exercice 2002-2003

Dans la présente partie, on traite de plusieurs activités et annonces qui portent sur les progrès ayant trait à la *Loi canadienne sur la santé* au cours de l'exercice 2002-2003.

Rapport de la vérificatrice générale du Canada

En octobre 2002, la vérificatrice générale du Canada a déposé devant la Chambre des communes son premier rapport de suivi sur ses vérifications des mesures que les ministères fédéraux ont prises pour faire suite aux vérifications antérieures. Le chapitre 3 du « Le Point » reflète les conclusions du suivi de la vérificatrice générale relatives à la vérification de novembre 1999 sur l'apport du gouvernement fédéral à la prestation des soins de santé. Bien que la vérificatrice générale ait reconnu dans son rapport que Santé Canada a fait des progrès quant aux faiblesses décelées lors de la vérification de 1999, elle considère que le rythme de progression n'est pas satisfaisant. Santé Canada, pour sa part, a réitéré son engagement concernant l'amélioration de la collecte d'information et des activités de surveillance en vue de respecter ses obligations relatives à l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention et règlement des différends

Au cours de l'exercice 2001-2002, un groupe de travail fédéral-provincial-territorial composé de fonctionnaires a élaboré un processus de prévention et de règlement des différends pour l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan a présenté à ces homologues, par l'entremise d'une lettre, le processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé*, auquel ont adhéré les provinces et les territoires, à l'exception du Québec (voir la lettre de la ministre à l'annexe D). Le processus vise à respecter les intérêts des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux concernant la prévention des

différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, et lorsque cela est impossible, le règlement des différends de façon équitable, transparente et rapide.

Le processus de prévention des différends comprend l'échange d'information entre gouvernements, la discussion et la clarification des renseignements, la participation active des gouvernements à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux créés pour traiter des questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et effectuer des évaluations sur demande. En cas d'échec des activités de prévention d'un différend le processus de règlement des différends peut être amorcé, en commençant par des discussions pour établir les faits et des négociations. En cas d'échec, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie qui entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations.

La ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, la ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

En novembre 2002, le rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada — *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada* — a été déposé devant la Chambre des communes. La Commission a été créée par le Premier ministre en avril 2001 et présidée par le commissaire Roy J. Romanow C.R. La Commission avait pour mandat de favoriser la participation des Canadiens à un dialogue national sur l'avenir des soins de santé et de formuler des recommandations pour assurer la viabilité à long terme du système canadien de soins de santé accessible à tous et financé par l'État.

L'examen, l'évaluation et les recommandations du commissaire Romanow concernant le système canadien de la santé ont été exhaustifs. Un des secteurs de préoccupation pour la LCS est la prestation de services de diagnostic par des fournisseurs privés qui ne sont pas liés système de santé. Le Commissaire Romanow a tenu les propos suivants à ce sujet :

> « La croissance rapide des cliniques privées d'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui permettent aux gens de se procurer plus rapidement des services, puis d'utiliser les résultats des tests pour « passer devant les autres » qui attendent et obtenir avant eux un traitement dans le système public, est un bon exemple de cas problème. On peut également citer l'exemple des commissions d'accidents du travail qui ont des ententes contractuelles avec des dispensateurs privés pour la prestation de services de diagnostic rapides à des prestataires potentiels. J'abonde dans le sens de ceux qui considèrent ces cas comme incompatibles avec le principe de l'« égalité d'accès » qui est au cœur de l'assurance-santé. L'État doit investir suffisamment dans le système public pour que toute la population ait rapidement accès aux services diagnostiques et pour réduire la tentation de « déjouer » le système. »

Chapitre 3 – Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2001-2002

Le chapitre 3 porte sur les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui constituent le système canadien d'assurance-santé. Le présent chapitre a pour objet de démontrer dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences prévues par la *Loi canadienne sur la santé* pendant l'exercice 2001-2002.

On a demandé aux fonctionnaires provinciaux et territoriaux de fournir une description de leurs régimes d'assurance-santé respectifs en respectant les domaines d'activité énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* des descriptions afin de démontrer la façon dont ils respectent ces critères. On leur a demandé aussi de décrire les moyens pris par leur gouvernement pour reconnaître la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé, conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, les fonctionnaires devaient décrire la gamme de services complémentaires de santé offerts par leur province ou territoire, par exemple les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins de santé ambulatoires.

On a aussi demandé aux provinces et aux territoires de fournir une liste des documents publiés et d'autres données ayant trait aux cinq conditions d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé* de même qu'à la condition de reconnaissance. Ces documents ou autres données, comprennent les lois, les règlements, les rapports de vérification et d'évaluation, les rapports annuels des ministères de la Santé et d'autres documents qui permettent à Santé Canada de s'assurer du respect des critères et des conditions de la *Loi canadienne sur la santé* par les provinces et les territoires.

Pour aider les fonctionnaires des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé à préparer des documents d'information clairs, uniformes et complets pour leur présentation au gouvernement ayant trait au Rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé*, Santé Canada a élaboré un guide de l'utilisateur pour les présentations à Santé Canada. Ce guide a été conçu à la suite de discussions avec des représentants de chaque province et territoire et précise l'information recherchée pour chaque critère de la Loi. De plus, le guide contient des exemples des présentations antérieures des provinces et des territoires pour illustrer l'organisation et le genre de renseignements recherchés.

À la suite d'une téléconférence fédérale-provinciale-territoriale en juin 2002, Santé Canada a donné des recommandations à chaque province et territoire sur des parties de leur description de régime devant être améliorées et des suggestions afin de faire en sorte que leur présentation pour 2001-2002 témoigne avec précision de l'ensemble de leur régime d'assurance-maladie. En outre, les provinces et les territoires ont reçu, par l'entremise d'appels téléphoniques et de téléconférences, de l'aide et des conseils techniques en vue de terminer leurs présentations.

Pour le *Rapport annuel de la Loi canadienne sur la santé, 2001-2002*, il est important de noter que le Québec a présenté une description de son régime d'assurance-santé préparée en fonction du format utilisé antérieurement à l'exercice 1999-2000. Le gouvernement du Québec ne fournit pas d'information conformément aux exigences de Santé Canada, comme il est mentionné dans la préface de la description de la province de Québec.

Au cours de l'exercice 2001-2002, les provinces et les territoires ont poursuivi la mise en œuvre d'initiatives visant un meilleur accès aux services de santé assurés pour les résidents. Notons par exemple :

- le financement ciblé de soins de santé primaires à Terre-Neuve et au Labrador de manière à ce que les résidents reçoivent du bon fournisseur le service adéquat en temps opportun;

- la création à l'Île-du-Prince-Édouard d'un programme de soutien pour le transport pour raison médicale vers une autre province pour couvrir une portion des coûts de transport en ambulance dans une autre province, ce qui réduits les frais modérateurs des résidents admissibles de l'Île qui requièrent de soins médicaux spécialisés à l'extérieur de la province;
- l'accroissement en Nouvelle-Écosse de la formation en médecine générale, des activités de recrutement permanent et du financement destiné à la création d'un programme de réintégration pour les médecins généralistes qui désirent obtenir une formation spécialisée après avoir terminé deux ans de pratique générale dans la province;
- l'introduction de nouveaux appareils d'IRM dans deux régions du Nouveau-Brunswick et de services mobiles d'IRM dans trois régions;
- l'Ontario a amélioré ses services cardiaques et rénaux par la mise en oeuvre de nouveaux programmes élargis;
- une initiative au Manitoba pour mettre fin à la médecine de corridor en ouvrant de nouveaux lits, en améliorant la procédure d'admission et de congé, en élargissant la portée des services communautaires, en renforçant les programmes de prévention, tels que la vaccination contre la grippe, et en augmentant le nombres de programmes de soins à domicile et de garde de jour pour les adultes;
- une stratégie en Saskatchewan pour améliorer la gestion des listes d'attente des services de chirurgie afin d'assurer un accès équitable et rapide à ces services;
- une augmentation considérable du nombre de places dans les écoles de médecine et des programmes de résidence en médecine en Alberta. Ceci comprend un ajout de 54 nouvelles admissions à l'école de médecine dans deux facultés de médecine de l'Alberta et la création du *Alberta International Medical Graduate* (AIMG) *Program* et de l'*Alberta Rural Family Medicine Network* (ARFMN);
- l'élaboration de stratégies en Colombie-Britannique pour réduire la demande pour des services en redirigeant les appels de moindre importance à d'autres ressources, telles que la *BC Health Guide NurseLine and Poison Control*. Ceci garantira l'usage optimal des compétences et des ressources spécialisées;
- une initiative au Yukon visant à instaurer la vidéo en temps réel pour favoriser l'accès aux services et la prestation de ceux-ci entre les communautés rurales périphériques et Whitehorse et entre Whitehorse et les villages isolés de la Colombie-Britannique ou de l'Alberta;
- l'amélioration des programmes de formation des débutants destinés à l'ensemble des résidents du Nord et aux Autochtones du Nord comme principaux fournisseurs de services de santé et de services sociaux dans les Territoires du Nord-Ouest. Ceci permettra de réduire la dépendance des T.N.–O. qui doit se fier sur les autres administrations pour avoir des professionnels de la santé et des services sociaux;
- l'aide pour le transport pour raison médicale au Nunavut, dans le but d'éliminer les obstacles que représentent la distance et les frais de voyage pour obtenir des services de diagnostic et des traitements. Des services d'interprétation sont également offerts, au besoin, aux patients dans le contexte de soins de santé.

Terre-Neuve et Labrador

Introduction

Quatorze conseils régionaux assurent la plupart des services de santé à Terre-Neuve et au Labrador. De ceux-ci, huit sont des conseils de santé en établissement, quatre sont des conseils de services de santé et de services communautaires et deux sont des conseils intégrés qui assurent tous deux des services en établissement et des services communautaires. Parmi les huit conseils de santé en établissement, il y a un conseil provincial pour les services aux personnes atteintes du cancer et un conseil régional pour les maisons de repos, tous deux situés à St. John's.

C'est le gouvernement provincial qui nomme les membres bénévoles des conseils de santé. Ces conseils sont responsables de la prestation des services de santé dans les régions et, dans certains cas, dans l'ensemble de la province. Les conseils consultent le public afin de déterminer les besoins en matière de santé et de donner suite aux questions d'intérêt public. Ils obtiennent leur financement du gouvernement provincial auquel ils doivent rendre compte de leurs activités. Le ministère de la Santé et des Services communautaires assure une orientation stratégique aux conseils et surveille les programmes et les services.

À Terre-Neuve et au Labrador, près de 20 000 fournisseurs et administrateurs de soins de santé offrent des services de santé aux 512 000 résidents de la province.

La planification de l'avenir du système de soins de santé de la province repose sur une vision claire des grands enjeux sanitaires :

- l'escalade rapide des coûts qui menace l'abordabilité du régime d'assurance santé;
- une population vieillissante qui nécessite généralement plus de services que les groupes de personnes plus jeunes;
- le coût des nouveaux médicaments et de la technologie de pointe;
- les hausses de salaires et d'honoraires dans les autres provinces qui donnent lieu à des pressions pour les augmenter à Terre-Neuve et au Labrador;
- la nécessité d'investir davantage dans l'intervention précoce et la prévention afin de promouvoir le mieux-être.
- une demande accrue de services de soutien à domicile;
- la nécessité d'élargir les services de santé mentale communautaires.

La planification comprendra un processus décisionnel reposant sur les principes de l'accessibilité, de la qualité, de la responsabilisation et de la durabilité. Les grands secteurs de planification comprennent la structure des services de santé, le financement, les ressources humaines, la concentration sur le mieux-être, le modèle de prestation des services de santé et la responsabilisation.

Des renseignements additionnels sur la santé et les soins de santé à Terre-Neuve et au Labrador sont disponibles dans le site Web du ministère de la Santé et des Services communautaires à l'adresse suivante :

www.gov.nf.ca/health/

Faits saillants des activités entreprises en 2001-2002

Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador a fait un investissement considérable dans les soins de santé en 2001-2002 : les dépenses au titre des services de santé et des services communautaires représentent maintenant environ 45 p. 100 de toutes les dépenses des programmes gouvernementaux. La somme de 114 millions de dollars a été engagée en dépenses nouvelles pour l'exercice 2001-2002.

Le budget total des services de santé et des services communautaires pour 2001-2002 s'élevait à près de 1,4 milliard de dollars, le plus important budget de tous les ministères du gouvernement de la province.

En 2001-2002 le gouvernement a affecté la somme de 27,6 millions de dollars à la modernisation du matériel diagnostique et thérapeutique des établissements de santé. De cette somme, 8,6 millions de dollars proviennent du gouvernement fédéral en vertu de l'Entente des premiers ministres sur le renouvellement du système de santé. Les achats comprenaient du matériel diagnostique primaire et d'autre matériel pour les services cliniques.

Au cours des six dernières années, près de 500 millions de dollars ont été engagés au titre de la construction de nouveaux établissements de santé et de la rénovation des établissements existants.

En octobre 2001, des forums régionaux sur la santé ont été tenus dans l'ensemble de la province. Quatre cents professionnels de la santé ainsi que des dirigeants municipaux et communautaires ont aidé à analyser les grands problèmes de santé et à façonner les principes qui guideront la prise de décisions sur les soins de santé à l'avenir. Des renseignements additionnels sont disponibles sur le site Web à l'adresse suivante :

www.gov.nf.ca/health/healthforums2001

Un financement ciblé de 2,4 millions de dollars a été consenti pour des innovations dans le secteur des soins de santé primaires dans le cadre de l'entente des premiers ministres en septembre 2000 sur le renouvellement du système de soins de santé. Ce programme de quatre ans permettra de favoriser de nouvelles approches qui simplifient et coordonnent les services de soins de santé primaires de façon que les patients reçoivent le bon service au bon moment et du bon professionnel. Ces initiatives encouragent les professionnels de la santé à travailler au sein d'équipes interdisciplinaires afin de fournir des services améliorés et coordonnés et d'atténuer les pressions s'exerçant ailleurs dans le système, plus particulièrement dans les salles d'urgence.

En 2001-2002, le gouvernement a consenti la somme de 650 000 $ pour faire l'essai d'un nouveau modèle de services d'hémodialyse dans l'une des régions sanitaires. Ce service satellite communautaire sera évalué afin de déterminer la possibilité de mettre en œuvre ce modèle de soins dans d'autres régions.

Près de 4 millions de dollars ont été affectés à des programmes et à des services afin d'assurer que les enfants ont un bon départ dans la vie par le truchement de l'Initiative de développement des jeunes enfants.

Les dépenses totales au titre des reclassifications professionnelles d'infirmières autorisées, d'infirmières auxiliaires autorisées, de travailleurs sociaux et de divers paraprofessionnels de la santé, et au titre des augmentations salariales générales, étaient de 29,7 millions de dollars.

La somme de un million de dollars a été affectée en 2001-2002 aux augmentations des subsides et des tarifs prévus pour les entreprises de soins à domicile.

Plus de trois millions de dollars (plus précisément, 3,1 millions de dollars) en nouveaux fonds ont été imputés à l'accroissement du niveau de service du programme de soins cardiaques de la province, 2,4 millions de dollars ayant été prévus pour faire passer à 20 le nombre de cas par semaine du programme de chirurgie cardiaque et 710 000 $ pour accroître le nombre de cathétérismes cardiaques.

Les honoraires de pharmaciens imposés pour les clients du soutien du revenu ont augmenté pour passer à 6,50 $, ce qui rétablit intégralement ces honoraires au niveau auquel ils étaient avant le budget de 1996. Cette mesure coûtera 2,1 millions de dollars.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé gérés par le ministère de la Santé et des Services communautaires comprennent le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-soins médicaux (RASM). Les deux régimes sont à but non lucratif et sont vérifiés par le vérificateur général de la province.

La *Hospital Insurance Agreement Act*, amendée en 1994, est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Cette loi précise que

le ministre peut établir des règlements relatifs à la prestation des services assurés aux résidents de la province, selon des modalités et conditions uniformes et conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et des règlements y afférents.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) a été sanctionnée le 14 décembre 1999 et est entrée en vigueur le 1er avril 2000. Cette loi habilite le ministre à administrer un régime d'assurance-soins médicaux pour les résidents de la province. Elle permet l'établissement de règlements afin d'assurer que les dispositions de la Loi respectent les exigences de la *Loi canadienne sur la santé* dans la mesure où elle intéresse l'administration du régime d'assurance-soins médicaux.

Le 24 mai 2001, la *Medical Care Insurance Act* (1999) a été modifiée afin de permettre le paiement à une corporation médicale professionnelle des services assurés offerts à un bénéficiaire. Auparavant, seul un médecin pouvait soumettre de tels comptes. Une corporation médicale professionnelle est assujettie au même processus d'examen et de vérification que celui qui serait appliqué à un médecin.

Aucune modification législative n'a été apportée à la *Hospital Insurance Agreement Act* en 2001-2002.

La Division du RASM facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les résidents de la province grâce à l'établissement de politiques, de procédures et de systèmes qui permettent de compenser les fournisseurs de façon adéquate pour la prestation de services professionnels assurés.

La Division agit conformément aux dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et des règlements y afférents de même qu'en conformité avec les critères de la *Loi canadienne sur la santé*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services communautaires a le mandat d'administrer le régime d'assurance-santé et le régime d'assurance-médicaments. Le Ministère rend compte des activités de ces régimes au moyen des processus législatifs habituels tels que les comptes publics.

Au cours de 2001-2002, on a poursuivi les travaux de mise en œuvre du cadre de responsabilisation du gouvernement. On a mis l'accent sur l'élaboration d'une méthode appropriée de planification stratégique afin d'assurer l'adoption d'une approche uniforme par les organismes publics et, dans le cas des conseils de santé, la concordance entre leurs plans stratégiques respectifs et un plan de santé stratégique pour la province, actuellement en voie de réalisation. Des ateliers ont été élaborés afin de guider les conseils dans la préparation des plans stratégiques nouveaux ou révisés.

La province a publié le document intitulé *Excellence in Governance: A Handbook for Public Sector Bodies* (2002). Ce document fait fonction d'outil de référence rapide pour tous les membres d'organes directeurs, et tous les membres des conseils d'administration de la province en ont reçu un exemplaire. Des modules d'orientation et de formation correspondant aux chapitres du manuel ont été rédigés et seront mis à la disposition des conseils de santé pour servir à l'éducation et au perfectionnement.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le Vérificateur général de la province effectue un examen autonome des comptes publics de la province. Les dépenses du RASM sont maintenant considérées comme faisant partie des comptes publics. Le Vérificateur général dispose d'un accès complet et illimité aux dossiers du RASM.

Les conseils d'administration des hôpitaux sont soumis à des vérifications des états financiers, à des missions d'examen et à des vérifications de la conformité aux autorisations légales. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des firmes de vérification indépendantes choisies par les conseils, conformément aux dispositions de la *Public Tendering Act*. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité aux autorisations légales et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires en vertu

de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de Terre-Neuve. Les dossiers des médecins sont étudiés afin de garantir qu'ils correspondent bien aux services facturés et que ces services sont assurés en vertu du régime d'assurance-santé.

Des vérifications auprès des assurés sont effectuées par le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de Terre-Neuve et du Labrador. Les personnes sont choisies au hasard toutes les deux semaines.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et le règlement 742/96 *des Hospital Insurance Regulations* (1996) régissent les services hospitaliers assurés de Terre-Neuve et du Labrador.

Les services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes et à des malades hospitalisés par 32 établissements et 18 postes de soins infirmiers. Les services aux malades hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune;
- les services infirmiers;
- les services de laboratoire et de radiologie, et les autres services de diagnostic;
- les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes;
- les fournitures médicales et chirurgicales, les salles d'opération, les salles d'accouchement et les installations d'anesthésie;
- les services de réadaptation (par ex., physiothérapie, praxithérapie, orthophonie et audiologie);
- les consultations externes et d'urgence;
- les chirurgies d'un jour.

Quatorze conseils régionaux assurent la plupart des services de santé à Terre-Neuve et au Labrador. De ceux-ci, huit sont des conseils de santé en établissement, quatre sont des conseils de services de santé et de services communautaires et deux sont des conseils intégrés, qui assurent tous deux des services en établissement et des services communautaires. Parmi les huit conseils de santé en établissement, il y a un conseil provincial pour les services aux cancéreux et un conseil régional pour les maisons de repos, tous deux situés à St. John's. Au total, 15 hôpitaux, 17 centres de santé communautaire et 18 postes de soins infirmiers offrent des services hospitaliers assurés.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est reliée à la politique de couverture des services médicaux assurés, bien qu'il n'existe pas de processus officiel. Il faut obtenir une directive du Ministère pour ajouter un service hospitalier à la liste des services assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le processus.

En 2001-2002, aucun service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé de Terre-Neuve et du Labrador ou radié de celle-ci.

2.2 Services médicaux assurés

La loi qui régit les services médicaux assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les règlements applicables en vertu de la *Medical Care Insurance Act* comprennent :

- les *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- les *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations*;
- les *Medical Care Insurance Physician and Fees Regulations*.

Les médecins habilités ont l'autorisation de fournir les services médicaux assurés en vertu du régime d'assurance de Terre-Neuve et du Labrador. Pour pratiquer dans la province, un médecin doit détenir un permis délivré par le Newfoundland Medical Board (conseil des médecins de Terre-Neuve).

En 2001-2002, 952 médecins ont donné des services assurés dans la province.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-santé, comme il est décrit dans le paragraphe 1 de l'article 12 de la *Medical Care Insurance Act* (1999) :

« Si un médecin donnant des services assurés n'est pas un médecin participant[1], il n'est pas soumis à la présente Loi ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés ou au paiement de ces services au moment où il fournit un service assuré à un patient, sauf qu'il doit :

a) avant de donner le service assuré, s'il désire se réserver le droit de facturer le patient pour le service en question d'un montant qui excède celui payable par le Ministère en vertu de la présente Loi, informer le patient qu'il n'est pas un médecin participant et qu'il peut donc facturer le patient directement;

b) fournir au patient à qui il a donné le service assuré les renseignements exigés par le Ministère pour qu'il autorise le versement au patient du paiement du service assuré, en vertu de la présente Loi. » [*trad. libre*]

Aux fins de l'application de la Loi, les services suivants sont couverts :

- tous les services donnés de façon justifiée et adéquate par des médecins à des patients souffrant d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;
- les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic fournis dans des hôpitaux, approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et des règlements y afférents.

Il n'existe aucune restriction quant aux services couverts, pourvu qu'ils respectent l'une ou plus d'une des conditions décrites plus haut.

[1] La *Medical Care Insurance Act* (1999) entend par « médecin participant » un médecin qui n'a pas choisi, en vertu du paragraphe 7(3), de se faire rembourser pour les services assurés qu'il fournit aux résidents de la province d'une autre manière que par le Ministre.

En 2001-2002, aucun service n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés couverts par le régime d'assurance-santé de Terre-Neuve et du Labrador ni radié de la liste.

Il faut obtenir une directive du Ministère pour ajouter un service médical à la liste des services assurés. Ce processus a été entrepris à la suite de consultations menées par le Ministère auprès de divers intervenants, y compris auprès de l'association médicale provinciale. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le processus et il doit y avoir une consultation publique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un volet du RASM. Les traitements de chirurgie dentaire justifiés et adéquats, fournis à un assuré par un dentiste dans un hôpital, sont couverts par le RASM si le traitement est d'un type précisé dans la liste des services de chirurgie dentaire assurés.

Tous les dentistes détenteurs d'un permis de pratiquer à Terre-Neuve et au Labrador et qui bénéficient de privilèges hospitaliers sont autorisés à donner des services de chirurgie dentaire. Le permis de pratiquer la chirurgie dentaire est délivré par le Newfoundland Dental Licensing Board (conseil de réglementation sur les soins dentaires de Terre-Neuve).

Les dentistes peuvent opter pour le retrait du régime. Dans ce cas, ils doivent informer les patients de leur statut de dentistes non participants, en précisant les frais auxquels les patients doivent s'attendre et en leur fournissant un dossier écrit sur les services et les frais facturés. Un seul dentiste fait actuellement partie de la catégorie des dentistes non participants.

Puisque le régime de chirurgie dentaire est un volet du RASM, la gestion du régime est reliée au RASM en ce qui concerne les changements apportés à la liste des services assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le processus.

L'ajout d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés est soumis à l'approbation du ministère de la Santé et des Services communautaires.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent :

- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- la chirurgie esthétique et autres services jugés non médicalement nécessaires;
- le transport en ambulance ou autre transport de patient qui a lieu avant l'admission à l'hôpital ou au moment du congé;
- les soins infirmiers privés demandés par le patient;
- les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons reliées à l'emploi ou à l'assurance;
- les médicaments (à l'exception des médicaments anti-rejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital;
- les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives;
- les attelles de fibre de verre;
- les services couverts par les lois sur l'indemnisation des travailleurs ou par toute autre loi fédérale ou provinciale;
- les services reliés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le Newfoundland Medical Board.

L'utilisation des installations hospitalières pour tout service jugé non assuré par le régime d'assurance-santé serait aussi non assurée en vertu du régime d'assurance-hospitalisation.

En vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999), les services médicaux suivants ne sont pas assurés :

- tout conseil donné au téléphone par un médecin à un patient;
- la distribution par un médecin de produits médicinaux, de médicaments ou d'appareils médicaux ainsi que la remise ou la rédaction d'ordonnances médicales;
- la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un patient ou en son nom, ou encore toute communication avec un patient ou ayant trait à un patient;
- tout service rendu par un médecin à son épouse ou à ses enfants;
- tout service auquel un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada,d'une loi de la province de Terre-Neuve et du Labrador, d'une loi de n'importe quelle province ou territoire du Canada, ou de toute loi étrangère;
- le temps pris ou les dépenses engagées pour se déplacer afin de donner une consultation à un patient;
- les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- l'acupuncture et tous les actes et services relatifs à l'acupuncture, à l'exclusion d'une évaluation initiale spécifiquement reliée au diagnostic de la maladie qu'on se propose de traiter par acupuncture;
- les examens non nécessités par la maladie ou effectués à la demande d'une tierce partie, sauf s'ils sont précisés par l'autorité compétente;
- la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie effectuée à des fins purement esthétiques, à moins qu'elle ne soit médicalement indiquée;
- le témoignage en Cour;
- les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens ou d'ophtalmologistes qui ont pour seul but de déterminer si des lunettes ou verres de contact nouveaux ou de remplacement sont requis;
- les honoraires des dentistes, des chirurgiens dentaires ou des omnipraticiens pour des extractions dentaires de routine effectuées à l'hôpital;
- le traitement dentaire au fluorure pour les enfants de moins de quatre ans;

- l'excision de xanthélasmas;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'hypnothérapie;
- l'examen médical pour les conducteurs;
- les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- la consultation exigée par les règlements de l'hôpital;
- les avortements thérapeutiques effectués dans la province, mais dans un établissement non approuvé par le Newfoundland Medical Board;
- le réassignement sexuel chirurgical, lorsqu'il n'est pas recommandé par le Clarke Institute of Psychiatry;
- la fertilisation *in vitro* et la stimulation ovarienne accompagnée d'un transfert de sperme;
- la réperméabilisation tubaire ou la vaso-vasostomie;
- le diagnostic chirurgical ou les actes thérapeutiques non fournis dans les établissements autres que ceux qui sont mentionnés dans la liste de la *Hospitals Act* ou approuvés en vertu du paragraphe 3(d);
- les autres services qui ne sont pas couverts par l'article 3 de la Loi.

Tous les services de diagnostic (p. ex., les services de laboratoire et de radiographie) sont fournis dans les établissements publics de la province. La politique hospitalière sur l'accès assure qu'un accès prioritaire n'est pas accordé aux tierces parties.

Les fournitures et les services médicaux mis en place et associés à un service assuré sont fournis aux patients gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients conservent le droit d'améliorer les fournitures ou les services médicaux réguliers en payant davantage. Les normes concernant les fournitures médicales sont élaborées par les hôpitaux qui donnent ces services, en consultation avec les fournisseurs de services.

Les services de chirurgie dentaire et les autres services non couverts par le *Surgical-Dental Program* sont les honoraires du dentiste, du chirurgien stomatologiste ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires de routine effectuées à l'hôpital.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Les résidents de Terre-Neuve et du Labrador sont admissibles à la couverture offerte en vertu du régime de soins de santé provincial.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) définit un « résident » comme une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exclusion des personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province.

Le règlement 20-96 des *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations* établit les résidents admissibles à la couverture offerte en vertu des régimes. En tant qu'administrateur des règlements, le RASM a établi des règles pour s'assurer que, dans le traitement des demandes, les règlements sont appliqués de façon cohérente et juste.

Les personnes non admissibles à la couverture offerte en vertu des régimes comprennent :

- les étudiants et les personnes à leur charge qui sont déjà couverts par une autre province ou territoire;
- les personnes à charge des résidents, si elles sont couvertes par une autre province ou territoire;
- les réfugiés, ceux qui ont demandé qu'on leur accorde le statut de réfugié et les personnes à leur charge;
- les travailleurs étrangers détenant des permis de travail ainsi que les personnes à leur charge qui ne répondent pas aux critères établis;

- les étudiants étrangers et les personnes à leur charge;
- les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite ainsi que les personnes à leur charge;
- le personnel des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada;
- les détenus sous responsabilité fédérale;
- le personnel des Forces armées d'autres pays stationné dans la province.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour avoir accès aux services assurés, il faut s'inscrire en vertu du RASM et posséder une carte d'assurance-santé valide. Les nouveaux résidents sont avisés de faire leur demande d'inscription aussi rapidement que possible après leur arrivée à Terre-Neuve ou au Labrador.

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté relève des parents. Les parents d'un nouveau-né se verront remettre un formulaire de demande d'inscription au moment du congé de l'hôpital. Dans la plupart des cas, les demandes de couverture pour un nouveau-né devront être accompagnées du numéro de RASM valide d'un des parents. Si le nom de famille de l'enfant diffère de celui des parents, un certificat de naissance ou de baptême sera exigé.

Les demandes de couverture d'un enfant adopté devront être accompagnées d'une copie des documents d'adoption officiels, du certificat de naissance de l'enfant ou d'un avis de placement en vue d'une adoption fournis par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Les demandes de couverture d'un enfant ayant été adopté à l'extérieur du Canada devront être accompagnées des documents de résident permanent de l'enfant.

Au 30 avril 2002, un total de 565 309 assurés actifs étaient inscrits au régime d'assurance-soins médicaux de la province.

3.3 Autres catégories de personnes

Les travailleurs et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'OTAN sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé. Les détenteurs de permis ministériels y sont aussi admissibles, à condition qu'ils reçoivent l'approbation du régime.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées dans une autre province ou un autre territoire qui déménagent à Terre-Neuve ou au Labrador sont admissibles à la couverture à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes qui arrivent de l'extérieur du Canada pour établir leur résidence dans la province sont admissibles à la couverture le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes et de la GRC qui prennent leur retraite et aux détenus libérés de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture soit effective, il est nécessaire de s'inscrire en vertu du régime d'assurance-soins médicaux. Une couverture immédiate est accordée aux personnes de l'extérieur du Canada qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Terre-Neuve et le Labrador sont parties à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité en ce qui concerne les questions ayant trait à la transférabilité de services assurés au Canada.

Les articles 12 et 13 des *Hospital Insurance Regulations* (1996) définissent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires à l'intérieur et à l'extérieur du Canada. La transférabilité de la couverture des soins médicaux au cours d'absences temporaires à l'intérieur et à l'extérieur du Canada est définie dans la politique du ministère de la Santé et des Services communautaires.

La politique d'admissibilité prévue pour les services hospitaliers assurés est liée à la politique d'admissibilité aux services médicaux assurés, bien qu'il n'existe pas de processus officiel.

Une couverture est offerte aux résidents de la province quand ils s'absentent temporairement de la province, mais qu'ils restent au Canada. La province a conclu des ententes officielles, c.-à-d. l'Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers, avec les autres provinces et territoires pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Les coûts de ces services sont remboursés selon des taux normalisés approuvés par la province ou le territoire hôte. Les procédures coûteuses pour le traitement de malades hospitalisés et les services fournis aux malades externes sont remboursés en fonction des taux nationaux auxquels les régimes de santé des provinces et territoires ont consenti.

Dans toutes les provinces et territoires, à l'exception du Québec, les services médicaux fournis sont payés, grâce à l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux taux de la province ou du territoire hôte. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au RASM pour paiement aux taux de la province hôte.

Afin d'être admissible à une couverture en dehors de la province, un bénéficiaire doit observer la législation et les règles du RASM en ce qui a trait à la résidence à Terre-Neuve et au Labrador. Pour être assurée, une personne doit résider dans la province durant au moins quatre mois consécutifs pour chaque période de douze mois. En général, les règles concernant la couverture médicale et hospitalière durant les absences sont les suivantes :

- avant de quitter la province pour des périodes prolongées, les personnes doivent communiquer avec le RASM pour obtenir un certificat de couverture hors province;
- les assurés quittant la province pour des vacances peuvent recevoir un certificat de couverture hors province initial afin d'être couverts pour une période d'au plus douze mois. À leur retour, les assurés doivent résider dans la province pendant un minimum de quatre mois consécutifs. Par la suite, les certificats émis ne le seront que pour une couverture allant jusqu'à huit mois;
- les étudiants quittant la province peuvent recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à la condition qu'ils fournissent la preuve de leur inscription à des études à plein temps dans une école reconnue située à l'extérieur de la province;
- les personnes quittant la province pour occuper un emploi peuvent recevoir un certificat couvrant une période d'au plus douze mois; une vérification de l'emploi peut alors être exigée;
- les personnes ne doivent pas établir leur résidence dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays tout en maintenant leur couverture en vertu du régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve;
- pour les voyages hors province d'une durée de trente jours ou moins, un certificat de couverture hors province n'est pas exigé, mais il sera délivré sur simple demande;
- pour les voyages hors province d'une durée de plus de trente jours, un certificat est exigé comme preuve que la personne peut payer les services qu'elle obtient pendant qu'elle est à l'extérieur de la province;
- le fait de ne pas demander la couverture hors province ou de ne pas se soumettre aux règles concernant la résidence peut avoir pour conséquence, pour le résident, d'avoir à payer le coût total de toute facture pour des services médicaux ou hospitaliers reçus hors province.

Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente dans d'autres parties du Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant le mois de leur départ, ce dernier jour étant inclus. La couverture est immédiatement interrompue quand des résidents déménagent de façon permanente dans d'autres pays.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La province offre une couverture à ses résidents durant leurs absences temporaires du Canada. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés et à des malades externes à l'extérieur du pays sont couverts en cas d'urgences, de maladies subites et de traitements non urgents, à des taux préétablis. Les services hospitaliers seront considérés comme couverts sous le régime de santé lorsque ces services assurés sont fournis par un établissement reconnu (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente qui se trouve à l'intérieur de l'État ou du pays où se situe cet établissement à l'extérieur du Canada). Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des soins hospitaliers fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 $ par jour si les services assurés sont fournis dans un hôpital communautaire ou régional. Lorsque les services assurés sont fournis dans un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé), le taux approuvé est de 465 $ par jour. Le taux approuvé pour des services fournis à des malades externes est de 62 $ par visite; pour l'hémodialyse, le montant approuvé est de 220 $ par traitement. Les taux approuvés sont payés en monnaie canadienne.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgences ou de maladies subites de même que pour des services non urgents qui ne sont pas disponibles dans la province ou au Canada. Les services médicaux sont payés au taux qui aurait été payé à Terre-Neuve et au Labrador pour le même service. Si les services ne sont pas disponibles à Terre-Neuve ou au Labrador, ils sont habituellement payés aux taux de l'Ontario ou aux taux s'appliquant dans une province où ils sont disponibles.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Pour les services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités qui habitent dans d'autres provinces ou territoires, aucune autorisation préalable n'est exigée.

Si un résident de la province doit se rendre à l'extérieur du pays pour obtenir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas disponible au Canada, le régime provincial d'assurance-santé payera le coût des services nécessaires à ses soins. Toutefois, dans de telles circonstances, il faut obtenir une approbation préalable auprès du ministère de la Santé et des Services communautaires. Les médecins orienteurs doivent communiquer avec le Ministère ou le RASM pour obtenir une approbation préalable.

Aucune approbation préalable n'est exigée pour les services médicaux; toutefois, il est suggéré que les médecins obtiennent une autorisation préalable auprès du régime de façon à sensibiliser les patients à l'aspect financier des services. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander une approbation préalable au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas accordée pour la prestation de services non urgents à l'étranger si ces services sont disponibles dans la province ou ailleurs au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve et au Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités et conditions uniformes. Dans la province, il n'existe aucune exigence de participation aux frais, dans le cas des services hospitaliers, ni aucune surfacturation par les médecins.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2002, Terre-Neuve et le Labrador comptaient 1 670 lits dotés en personnel dans 15 hôpitaux, 17 centres de santé communautaire et 18 postes de soins infirmiers.

Les effectifs de professionnels de la santé constituent une question de haute priorité dans cette province, particulièrement dans les régions rurales. Par le truchement du Comité de

planification des ressources humaines du ministère de la Santé et des Services communautaires, un important exercice de planification des ressources humaines est en cours depuis les dernières années. Les travaux de ce comité permettront d'établir une série complète de recommandations pour traiter plusieurs des grands problèmes. L'exercice permettra de cerner un modèle de planification pour fournir des prévisions quinquennales de la demande et de l'offre en ce qui concerne les diverses ressources humaines en santé.

En raison du nombre croissant de retraites prises dans la profession infirmière, l'exercice de planification a déjà déterminé la nécessité d'accroître immédiatement le nombre d'inscriptions dans les écoles de sciences infirmières. Cette mesure permettra de garantir un approvisionnement approprié d'infirmières pour l'avenir. Les questions des congés de maladie et de l'absentéisme ont également été mises en relief pour un examen plus approfondi.

Terre-Neuve et le Labrador comptent un effectif de professionnels de soins de santé de près de 20 000 personnes dont la moitié fait partie de groupes professionnels réglementés. Un résumé des grandes professions paramédicales de la province est présenté ci-dessous.

Profession	Nombre d'employés syndiqués
Infirmière autorisée	5 070
Infirmière auxiliaire autorisée	2 790
Travailleur social	662
Pharmacien	73
Physiothérapeute	110
Ergothérapeute	106
Psychologue	59
Technicien de laboratoire médical et technique de radiologie	695
Diététicienne	67
Orthophoniste	40
Audiologiste	16

Le nombre d'infirmières praticiennes se situe maintenant à environ 50, un petit nombre de postes spécialisés étant prévu pour les soins tertiaires. Le nombre de nouvelles infirmières auxiliaires autorisées a augmenté de 38 p. 100 entre 1997 et 2001. Parmi les autres programmes, il convient de mentionner les bourses en sciences infirmières en 2000 et en 2001, les bourses pour infirmières praticiennes étudiantes, un programme d'encouragement du Nord Canadien pour les infirmières des régions éloignées et nordiques, comprenant des primes de maintien en poste et un congé sabbatique, un projet pilote de trois ans pour faciliter les stages cliniques des étudiantes infirmières en régions rurales et éloignées, et des bourses d'études.

La recherche se poursuit dans le cadre de projets financés par Développement des ressources humaines Canada et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Parmi les projets, il convient de mentionner les répercussions de la restructuration des soins de santé, l'évaluation de la mise en œuvre du rôle d'infirmière praticienne (terminée et diffusée en décembre 2001), et des études portant sur les installations, les ressources, les précepteurs, les stages cliniques, l'éducation permanente et l'éducation avancée, ainsi que le nombre de places requis dans le cadre du plan de formation à long terme. Terre-Neuve et le Labrador sont membres de l'Atlantic Consortium for Research Utilization in Nursing et participent, à titre de site pilote, avec Santé Canada à la mise à l'essai d'un modèle de simulation de ressources humaines pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées.

La base de données sur les infirmières autorisées de l'Institut canadien d'information sur la santé indique qu'en 2001 le nombre d'infirmières autorisées par rapport au nombre de résidents à Terre-Neuve et au Labrador (102 pour 10 000) était plus élevé que le taux pour l'ensemble du Canada (74,3 pour 10 000). Les effectifs d'infirmières autorisées à Terre-Neuve et au Labrador ont continué d'être les plus jeunes au Canada, l'âge moyen de ce groupe se situant à 40,1 ans en 2001. Malgré ce rapport élevé d'infirmières autorisées par 10 000 de population, certains conseils de santé ont connu des pénuries de personnel infirmier.

Il y a également une pénurie de personnel dans d'autres groupes professionnels comme la pharmacie, la physiothérapie, l'orthophonie, l'audiologie, l'ergothérapie et la psychologie. Des

mesures de recrutement ciblées et des programmes d'encouragement sont en place, comme les bourses d'études et l'achat de places, et de nouvelles mesures sont à l'étude.

Pour ce qui est de la disponibilité de certains services et matériel diagnostiques, médicaux, chirurgicaux et thérapeutiques dans les établissements offrant des services hospitaliers assurés :

- l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est offerte qu'à St. John's;
- les tomodensitomètres ne sont disponibles qu'à St. John's, à Carbonear, à Clarenville, à Gander, à Grand Falls-Windsor, à Corner Brook, à St. Anthony et à Happy Valley/Goose Bay;
- les services de dialyse rénale sont offerts à St. John's, à Clarenville, à Grand Falls-Windsor, à Corner Brook et à Stephenville;
- la thérapie anticancéreuse est offerte au Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre, à St. John's, et aux cliniques satellites à Gander, à Grand Falls-Windsor, à Corner Brook et à St. Anthony;
- environ 80 p. 100 des services chirurgicaux sont offerts à St. John's, à Gander, à Grand Falls-Windsor, à Corner Brook et à St. Anthony. Une gamme complète de services chirurgicaux de base et certains services chirurgicaux de sous-spécialité sont offerts à tous les endroits; la chirurgie tertiaire, comme la traumatologie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie, est offerte uniquement à St. John's;
- un autre 20 p. 100 des services chirurgicaux sont offerts dans six hôpitaux de taille moyenne à Carbonear, à Clarenville, à Burin, à Stephenville, à Happy Valley-Goose Bay et à Labrador City. Ces installations offrent des services chirurgicaux de base.

Une somme additionnelle de 400 000 $ a été affectée au Programme d'aide pour le transport des malades afin d'offrir de l'aide financière aux personnes devant engager de grandes dépenses pour avoir accès à un traitement médical ou hospitalier.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Le nombre de médecins pratiquant dans la province est relativement stable. En ce qui concerne les médecins, le ministère de la Santé et des Services communautaires travaille avec les conseils régionaux de santé à l'élaboration d'un plan de ressources humaines qui repose sur le principe de l'accès aux services.

Afin d'augmenter le recrutement en milieu rural, on a apporté des améliorations aux échelles salariales et accordé des primes de maintien en poste aux médecins salariés, en fonction de leur répartition géographique. De plus, des primes pour les services hospitaliers fournis par des omnipraticiens dans des hôpitaux ruraux ont aussi été accordées.

Les questions relatives aux niveaux de services et à l'accessibilité (temps d'attente) sont étudiées par les conseils régionaux de santé et les corrections nécessaires, par exemple l'augmentation du nombre de chirurgies cardiaques effectuées chaque semaine, sont effectuées au besoin.

Au cours de 2001-2002, 14 nouveaux médecins avaient, à un moment donné, bénéficié de l'aide financière accordée par le ministère de la Santé et des Services communautaires au moyen des programmes suivants : un programme de bourses de voyage, un programme de bourses pour les médecins spécialistes résidents, un programme d'incitation à la pratique destiné aux étudiants en médecine et aux résidents, et un programme de bourses destiné aux résidents en psychiatrie.

Un nouveau bureau provincial de recrutement de médecins a été créé à la faculté de médecine de la Memorial University of Newfoundland.

En ce qui concerne les services de chirurgie dentaire, quatre dentistes diplômés et un chirurgien stomatologiste non agréé pratiquent dans la province. Un total de 21 dentistes généralistes détiennent des privilèges hospitaliers.

5.4 Rémunération des médecins

La loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés est la *Medical Care Insurance Act (1999)*.

Les ententes sur la rémunération des médecins sont négociées entre le gouvernement provincial de Terre-Neuve et du Labrador et la Newfoundland and Labrador Medical Association, avec la participation de la Newfoundland and Labrador Health Boards Association, selon des méthodes de négociation traditionnelles et officielles. Le mécanisme de règlement de différends sur lequel on s'est entendu est celui de la médiation. L'entente actuelle couvre la période allant du 1er avril 1999 au 30 septembre 2002.

Les méthodes actuelles de rémunération des médecins pour la prestation des services de santé assurés comprennent la rémunération à l'acte, à salaire et à forfait, et le financement global à la séance.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé et des Services communautaires est responsable du financement des conseils régionaux pour les opérations permanentes et les achats de biens d'équipement. Le financement des services assurés est accordé aux conseils au moyen d'un budget annuel global et ces fonds annuels sont répartis en douze paiements mensuels versés à l'avance. Les paiements sont versés aux conseils régionaux conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et à la *Hospitals Act*. L'obligation des conseils de rendre des comptes au gouvernement comprend la nécessité de se conformer aux exigences annuelles de production de rapports du Ministère, ce qui inclut des états financiers vérifiés et d'autres données financières et statistiques. Le processus d'établissement du budget global accorde à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte en ce qui a trait à l'allocation budgétaire, au moment de la réalisation de leurs mandats.

Tout au long de l'exercice, les conseils de santé peuvent présenter au ministère de la Santé et des Services communautaires des demandes de financement additionnel fondées sur des changements survenus dans les programmes ou sur une augmentation de la charge de travail. Ces demandes seront examinées et, si elles sont approuvées par le Ministère, financées à la fin de chaque exercice. Toutes les corrections du niveau annuel de financement, comme dans le cas d'augmentations de salaire négociées, de postes supplémentaires approuvés ou de changements dans les programmes, sont financées en fonction de la date d'entrée en vigueur de ces augmentations et des besoins de trésorerie de l'exercice en question.

Les conseils ont de constants défis à relever en raison des demandes accrues du système de santé, alors que les coûts augmentent, que les charges de travail du personnel s'alourdissent, que les attentes des patients sont plus grandes et que les technologies de pointe exigent toujours plus de temps, de ressources et de financement. Les conseils continuent à travailler de concert avec le ministère de la Santé et des Services communautaires pour traiter ces questions et fournir des services de santé efficaces et de qualité.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement que consent le gouvernement fédéral par le truchement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux a été reconnu et consigné par le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador dans des communiqués de presse, dans les sites Web du gouvernement et dans divers autres documents. Pour l'exercice 2001-2002, ces documents comprenaient :

- les comptes publics de 2001-2002, volume I;
- les prévisions pour 2002-2003;
- le discours du budget de 2002.

Ces rapports ont été déposés par le gouvernement à l'Assemblée législative, sont accessibles aux résidents de Terre-Neuve et du Labrador, et ont été communiqués à Santé Canada à titre d'information.

7.0 Services complémentaires de santé

Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador a mis sur pied des programmes de soins de longue durée en établissement et des programmes communautaires comme solutions de rechange aux services hospitaliers. Ces programmes sont assurés par sept conseils régionaux et sont décrits ci-dessous.

Services de soins infirmiers à domicile

L'hébergement de longue durée en établissement est prévu pour les clients nécessitant des soins infirmiers importants dans 18 centres de santé communautaire et 19 maisons de repos. Il y a environ 2 800 lits se trouvant dans 37 établissements. Les résidents paient un maximum de 2 800 $ par mois, en fonction de leur capacité de payer, déterminée selon les critères provinciaux d'évaluation de la situation financière. Le reste du financement requis pour faire fonctionner ces établissements est fourni par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Foyers de soins personnels

Les personnes ayant besoin de visites de surveillance ou d'assistance minimale dans les activités quotidiennes peuvent se prévaloir des services résidentiels offerts dans les foyers de soins personnels. Il y a environ 2 400 lits dans 103 foyers situés dans l'ensemble de la province. Ces foyers sont exploités par le secteur privé à but lucratif. Les résidents paient un maximum de 1 018 $ par mois, montant établi au moyen d'une évaluation de chaque client selon des critères financiers normalisés. En 2001-2002, 136 subventions de plus ont été consenties en vertu d'un plan quinquennal visant à permettre à un plus grand nombre de personnes âgées d'avoir accès à ce type de services en établissement.

Services de soins à domicile

Les services de soins à domicile comprennent les soins de soutien professionnel et non professionnel permettant aux personnes de demeurer chez elles aussi longtemps que possible sans risque. Les services professionnels comprennent les soins infirmiers et certains programmes de réadaptation. Ces services sont financés par l'État et assurés par le personnel dont les six conseils régionaux ont retenu les services.

Les services non professionnels comprennent les soins personnels, l'administration de la maison, les soins de répit et la maîtrise du comportement. Ces services sont assurés par des aides à domicile par l'entremise d'une agence ou en vertu d'ententes de soins autogérés. L'admissibilité aux services non professionnels est établie à l'aide d'une évaluation de la situation financière du client selon les critères provinciaux. Le plafond de 2001 établi pour les services de soutien à domicile est de 2 707 $ pour les personnes âgées et de 3 875 $ pour les personnes handicapées.

Programme d'aide spéciale

Le programme provincial d'aide spéciale offre des services élémentaires d'aide financière et d'aide dans les activités quotidiennes aux personnes admissibles. Ces services comprennent l'accès à des fournitures médicales, à de l'oxygène, à des orthèses et à de l'équipement.

Régime d'assurance-médicaments

Le régime d'assurance-médicaments destiné aux aînés est offert aux résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti et qui sont inscrits à la Sécurité de la vieillesse. L'assurance couvre la partie du coût des produits d'ordonnance assurés qui correspond aux ingrédients. Tous les coûts additionnels, tels les honoraires du pharmacien, sont à la charge de l'assuré. Les prestataires du soutien du revenu sont admissibles au *Social*

Services Drug Plan qui couvre le coût total des produits d'ordonnance assurés, qui comprend une marge bénéficiaire et les honoraires du pharmacien.

Autres programmes

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre les programmes de services ambulanciers aériens et routiers par l'intermédiaire de la Division des services de santé d'urgence. Le programme de services ambulanciers aériens fournit le transport et les soins médicaux aux patients dans la province de Terre-Neuve et du Labrador, ainsi que vers des hôpitaux hors province, lorsque c'est justifié. Les services ambulanciers aériens transportent aussi les patients, le personnel médical et l'équipement dans les collectivités isolées de la province ou en dehors de celles-ci, au besoin. Le programme de services ambulanciers routiers fournit le transport et les soins médicaux aux résidents qui sont accessibles par voie terrestre, à un coût raisonnable pour l'utilisateur. Tant pour les services ambulanciers aériens que pour les services routiers, des frais modérateurs sont exigés.

Les résidents qui doivent utiliser une ligne aérienne commerciale pour avoir accès à des services assurés médicalement nécessaires non disponibles dans leur région de résidence ou dans la province peuvent être admissibles à une aide financière en vertu du Programme d'aide pour le transport des malades. Ce programme est administré par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Les donneurs de rein ainsi que les donneurs de mœlle osseuse et de cellules-souches peuvent recevoir une aide financière, conformément aux dispositions prévues à cette fin par la *Health Care Corporation of St. John's*, lorsque le receveur est un résident de Terre-Neuve et du Labrador admissible à la couverture en vertu du régime d'assurance-hospitalisation et du régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve.

Le régime de soins dentaires comprend une composante de soins dentaires pour les enfants et une composante d'aide sociale. Dans le premier cas, le programme couvre les services dentaires suivants pour les enfants de moins de douze ans : examens tous les six mois, nettoyage tous les douze mois, applications de fluorure tous les douze mois pour les enfants de six à douze ans, radiographies (certaines restrictions sont imposées), obturations et extractions, et certaines autres procédures précises qui doivent être approuvées avant le traitement. Ces services de base sont aussi offerts en vertu du programme de soutien du revenu aux assurés de treize à dix-sept ans. Les adultes recevant des prestations d'aide sociale sont admissibles aux soins d'urgence et aux extractions. Les assurés couverts en vertu du régime de soins dentaires doivent verser une quote-part directement au dentiste pour chaque service assuré (p. ex., obturations, extractions, etc.), à l'exception des examens, des nettoyages, des applications de fluorure, des radiographies et des tenons en cas d'obturation. Lorsqu'il s'agit d'un prestataire du soutien du revenu, la quote-part est versée par le régime de soins dentaires.

Île-du-Prince-Édouard

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est un vaste système complexe de services intégrés qui visent la protection, le soutien et l'amélioration de la santé et du mieux-être des Insulaires.

Notre souci premier est d'adopter un système durable. Les dépenses en matière de santé et de services sociaux ont augmenté très rapidement au cours des dernières années, pour atteindre 42 p. 100 des dépenses totales du gouvernement en matière de programmes sociaux. À ce rythme-là, les dépenses pourraient atteindre 50 p. 100 des dépenses totales d'ici cinq ans. L'une des raisons qui entravent notre capacité de maintenir les services est le manque de professionnels de la santé. Nous nous inquiétons aussi du taux élevé de maladies chroniques dans la province.

Nous sommes préoccupés par le taux élevé de maladies chroniques dans la province, telles que maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladie mentale. Pour améliorer l'état de santé de la population, le système veut mettre l'accent sur une approche de mieux-être. Les projets de mieux-être peuvent aider les Insulaires à se responsabiliser par rapport à leur santé et leur permettre d'être le plus en santé possible. De tels objectifs peuvent être atteints grâce à des partenariats avec les communautés visant à promouvoir de saines habitudes de vie et à réduire les facteurs de risques des maladies chroniques de même que par un accès accru aux soins de santé primaires en appui à la prévention et à la gestion thérapeutique.

Le recrutement, la rétention et la planification des ressources humaines demeureront prioritaires afin de garantir une main-d'oeuvre adéquate et une palette appropriée de professionnels de la santé et des services sociaux pour être en mesure de répondre aux nouveaux besoins. Les initiatives de rétention du personnel sont appuyées par des programmes complets de bien-être en milieu de travail, programmes qui font la promotion de l'excellence organisationnelle, de saines pratiques en matière d'hygiène personnelle et de milieux de travail sécuritaires.

Aperçu du système de santé et des services sociaux

L'Île-du-Prince-Édouard jouit d'un système de santé administré et financé par le gouvernement et qui garantit l'accès universel aux services hospitaliers et médicaux requis, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. De nombreux autres services de santé et services sociaux sont financés en tout ou en partie par le gouvernement provincial.

Le système comprend une vaste gamme de services de santé et de services sociaux intégrés comme les soins de courte durée, la lutte contre les toxicomanies, la santé mentale, l'aide sociale et les services de logement. Certains services spécialisés sont accessibles par le biais du système de santé régional, par exemple, la chirurgie cardiaque et les services de neurotraumatologie.

Établissements

L'Î.-P.-É. compte deux hôpitaux de recours et cinq hôpitaux communautaires, pour un total de 476 lits. En plus de sept résidences pour personnes âgées administrées par le gouvernement et pouvant accueillir 559 personnes pour des soins de longue durée, les Prince-Édouardiens ont accès à 392 lits supplémentaires dans des foyers privés de soins infirmiers. Le système compte également plusieurs établissements de lutte contre les dépendances et de soins de santé mentale, 1 170 unités d'hébergement pour personnes âgées et 461 unités de logement familial.

Un centre provincial de lutte contre les dépendances de 40 lits et un centre provincial de traitement du cancer ont ouvert leurs portes en 2000. Un établissement de santé est en cours de construction à Summerside et sera terminé à l'automne 2003, au coût de 50 millions de

dollars. Les hôpitaux de recours offrent des services de tomographie par ordinateur et un large éventail de services d'imagerie diagnostique, et posséderont bientôt un accélérateur linéaire et l'équipement IRM. Les services d'IRM seront disponibles en janvier 2003 et l'accélérateur linéaire, d'ici à mai 2003.

Ressources humaines

Le secteur public des services de santé et de services sociaux repose sur une main-d'oeuvre d'environ 4 000 personnes. L'Île-du-Prince-Édouard compte 200 professionnels de la santé pour 10 000 habitants, comparativement à la moyenne nationale de 182 par 10 000 habitants.[1]

Structure

Le système comprend le ministère de la Santé et des Services sociaux et cinq administrations régionales de santé, dirigées par des commissions régionales de santé. Le Ministère travaille conjointement avec les administrations régionales de santé pour l'établissement des objectifs, l'élaboration des politiques et des normes de résultats et l'allocation des ressources. Les administrations régionales de santé s'occupent de la planification et de la prestation des programmes et des services en vue de répondre aux normes du système.

Ressources financières

Au cours des 10 dernières années, le budget du gouvernement provincial consacré à la santé et aux services sociaux est passé de 250 millions à plus de 372 millions de dollars en 2001-2002, soit une hausse moyenne d'environ quatre pour cent par année. Cette augmentation est due à l'inflation, à la croissance de la population, aux nouvelles technologies et à une plus grande utilisation des services par tous les groupes d'âge.

Les principales dépenses en santé et services sociaux sont distribuées comme suit : services hospitaliers, 31 p. 100; services sociaux, 21 p. 100; soins de longue durée, 12 p. 100; services des médecins, 11 p. 100; autres services (programmes provinciaux de lutte contre la drogue, Programme des services infirmiers de l'hygiène publique et services de lutte contre les dépendances), 25 p. 100.

Questions névralgiques

Disponibilité des professionnels de la santé

L'un des plus graves problèmes auxquels le système est confronté concerne le maintien d'un nombre adéquat de travailleurs. On s'attend à ce que le recrutement et la conservation d'une main-d'oeuvre qualifiée représente un défi dans tout le marché du travail au cours des prochaines années en raison de l'important changement démographique en cours. Les effets de cette tendance se font d'abord sentir dans le secteur de la santé qui dépend d'une main-d'oeuvre qualifiée, en particulier dans les régions moins peuplées comme l'Île-du-Prince-Édouard. La disponibilité des professionnels de la santé est en déclin en raison de l'augmentation de l'âge moyen de la population active et du nombre de personnes qui prennent leur retraite et de la diminution des diplômés. Pour combler ce manque à gagner, le système doit mettre l'emphase sur le mieux-être en milieu de travail et sur une planification des ressources humaines en vue d'assurer l'accès à un nombre adéquat de divers professionnels de la santé pour répondre aux besoins changeants.

Demande et attentes du public

La demande de services augmente dans presque tous les secteurs, et ce, pour diverses raisons, notamment la croissance de la population, la disponibilité de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies, et les attentes de plus en plus élevées du public. Les gens veulent plus de médecins, plus d'infirmières, plus de médicaments, plus de technologies et plus de services familiaux. Ils veulent pouvoir accéder aux soins dans leur propre collectivité et s'inquiètent devant les listes d'attente. Bien que ces attentes à la hausse plaident pour une augmentation des dépenses consacrées aux soins de courte durée, elles limitent grandement la capacité du système à innover et à transférer les ressources vers des domaines qui pourraient répondre à d'autres besoins.

[1] Institut canadien d'information sur la santé, 1997.

L'accroissement des attentes du public par rapport au système représente un problème très grave. La demande à elle seule ne peut se permettre de mener le système. Le public doit être mieux informé sur l'accessibilité raisonnable et sur la nécessité d'effectuer des changements dans la prestation des services, en particulier les services de santé primaires.

Accès approprié aux services de santé primaires

On reconnaît de plus en plus que les investissements dans le domaine des services de santé primaires ont une grande incidence sur la santé et sur la durabilité du système de santé. Les services de santé primaires sont ceux auxquels les gens accèdent en premier lieu et le plus souvent, comme les services des médecins de famille, ceux des infirmières en santé publique, les programmes de dépistage, les services de lutte contre les dépendances et les services communautaires de santé mentale.

Pratiques personnelles en matière de santé

Ceux qui comprennent et acceptent leur propre responsabilité en ce qui concerne leur santé sont plus en mesure de contrôler et d'améliorer leur santé.

La capacité des gens à accepter leur propre responsabilité dans ce domaine est influencée par des conditions sociales et économiques; il faut donc définir des stratégies complètes pour favoriser ces conditions. Il est de prime importance que le système de santé ait une meilleure capacité à collaborer avec d'autres pour aider les individus, les familles et les collectivités à accepter la responsabilité qui est la leur pour atteindre une bonne santé.

Population vieillissante

Avec le vieillissement des baby boomers, nous connaîtrons le plus important changement démographique de notre histoire. On s'attend à ce que la proportion de la population de l'Île-du-Prince-Édouard âgée de 65 ans et plus passe de 13 p. 100 aujourd'hui à 15 p. 100 en 2011, et à 27 p. 100 en 2036. Cela aura diverses répercussions sur le système de santé. On s'attend à ce que l'incidence de maladies comme le cancer, les maladies coronariennes, le diabète et la démence augmente. La demande devrait aussi être à la hausse pour les soins de courte durée, les soins de longue durée, les soins à domicile, les soins de santé mentale et autres services. Ce problème prend encore plus d'ampleur lorsqu'on considère que la main-d'oeuvre dans le domaine de la santé vieillit aussi. Les membres de la famille seront moins nombreux pour aider leurs parents âgés, et la quantité des ressources requises pour maintenir les services pour les personnes âgées pourrait avoir des répercussions négatives sur d'autres services gouvernementaux touchant la santé. Il est essentiel que le système de santé soit prêt à répondre à ces nouveaux besoins.

Prévention et traitement de la maladie

De nombreuses maladies sont évitables. La méningite, par exemple, peut être prévenue par un vaccin, et la propagation des maladies transmissibles sexuellement peut être évitée grâce à un comportement responsable. On peut aussi éviter nombre de maladies chroniques. Les facteurs de risques de la maladie coronarienne et du cancer peuvent être réduits, ou éliminés, grâce à l'éducation et au soutien en vue d'un changement de mode de vie.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le diabète prend une proportion d'épidémie partout dans le monde. À l'Île-du-Prince-Édouard, des 17 nouveaux cas qui étaient diagnostiqués tous les mois au milieu des années 1970, on est passé à 45 cas par mois au milieu des années 90. On s'attend à ce que ce nombre passe à 65 en 2006. On sait de façon claire et irréfutable que le fait de contrôler sa glycémie peut aider à prévenir ou à retarder l'apparition de graves complications du diabète, comme la maladie coronarienne, la cécité et la maladie des reins, lesquelles engendrent d'énormes coûts humains et financiers. On s'attend à ce que les cas de cancer et de diabète augmentent de façon importante dans la province avec le vieillissement de la population. Il est essentiel que notre système déploie de nouveaux efforts pour aider les Insulaires à prévenir, à retarder et à gérer ces maladies.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux, est le moyen de prestation de l'assurance-hospitalisation dans l'Île-du-Prince-Édouard. Il est autorisé en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988), qui prévoit l'assurance des services, comme il est indiqué dans l'article 2 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

La partie I de la Loi stipule que le ministre exerce l'autorité et détient les pouvoirs suivants :

- assurer la mise en valeur et le maintien d'un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, d'écoles d'infirmières et d'établissements de santé connexes dans toute la province;
- approuver ou refuser l'établissement de nouveaux hôpitaux et établissements de santé connexes ou l'expansion de ces derniers;
- approuver ou désapprouver toute subvention à la construction ou à l'entretien d'établissements hospitaliers;
- établir et administrer, seul ou en collaboration avec un ou plusieurs organismes, des instituts de formation pour le personnel hospitalier et le personnel connexe;
- mener des enquêtes et diriger des programmes de recherche en vue d'obtenir des données statistiques à ces fins;
- approuver ou rejeter des hôpitaux ou d'autres installations aux fins de la Loi, conformément aux règlements;
- sur approbation du lieutenant gouverneur en conseil, prendre toute autre mesure que le ministre juge nécessaire ou utile pour traduire efficacement l'intention et les visées de la Loi.

Outre les responsabilités et pouvoirs énumérés dans la partie I de la Loi, le ministre exerce l'autorité et détient les pouvoirs suivants :

- administrer le régime d'assurance-hospitalisation établi par la Loi et les règlements;
- déterminer les sommes à verser aux hôpitaux et défrayer ceux-ci pour les services assurés fournis aux personnes assurées en vertu du régime d'assurance-hospitalisation; faire des rajustements rétroactifs avec les hôpitaux pour les sommes impayées ou versées en trop pour des services assurés, selon les coûts déterminés conformément à la Loi et aux règlements;
- percevoir ou débourser toutes les sommes afférentes au régime d'assurance-hospitalisation;
- approuver ou refuser les frais imposés aux patients par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard qui reçoivent des paiements dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation;
- conclure des accords avec des hôpitaux situés à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard, avec d'autres gouvernements et avec les autorités responsables du régime d'assurance-hospitalisation établies par d'autres gouvernements pour fournir des services assurés aux personnes assurées;
- prescrire les formulaires nécessaires et souhaitables pour traduire l'intention et les visées de la Loi;
- désigner des inspecteurs et d'autres représentants officiels ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les registres comptables des hôpitaux, les livres, les rendus, les rapports et les états financiers vérifiés et d'en faire rapport;
- désigner des médecins praticiens ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les dossiers médicaux et les autres dossiers tenus par les hôpitaux, y compris les dossiers des patients, incluant leur dossier médical et les notes rédigées par les infirmières, les rapports et les relevés de compte de patients qui reçoivent ou ont reçu des services assurés;
- désigner des inspecteurs ayant la responsabilité et le pouvoir d'inspecter et d'examiner les livres, les relevés de compte et les dossiers des employeurs et des percepteurs dans le but d'obtenir de l'information relative aux hôpitaux et au régime d'assurance;

- retenir le paiement des services assurés pour toute personne assurée dont, selon le ministre, l'état de santé ne nécessitait pas de tels services;
- agir comme premier responsable des achats pour les achats de médicaments, de préparations biologiques ou de préparations connexes de tous les hôpitaux de la province pour superviser, vérifier et inspecter l'utilisation des médicaments, des préparations biologiques et des préparations connexes par les hôpitaux de la province et pour retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la Loi, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'achat de médicaments, de préparations biologiques et de préparations connexes;
- superviser et assurer l'utilisation efficace et économique de toute aide ou procédure diagnostique ou thérapeutique utilisée par ou dans les hôpitaux, et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la Loi, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'utilisation de ces aides et procédures.

Le ministre de la Santé, par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, a la responsabilité de l'efficience et de l'efficacité globales du système de santé provincial. Le Ministère est notamment responsable :

- d'établir des orientations et des priorités générales;
- d'élaborer des politiques et des stratégies, des lois, des normes et des mesures provinciales;
- de surveiller l'état de santé dans la province;
- de surveiller les cinq autorités sanitaires régionales et de s'assurer que celles-ci respectent les règlements et se conforment aux normes;
- d'évaluer le rendement du système de santé;
- d'allouer des fonds aux cinq autorités sanitaires régionales;
- d'améliorer la qualité et la gestion d'un système d'information sur la santé complet à l'échelle de la province;
- de garantir l'accès à des services de santé de haute qualité;
- de régler les questions émergentes sur la santé et d'examiner les nouvelles technologies avant de les appliquer;
- d'administrer directement certains services et programmes.

Les cinq autorités sanitaires régionales sont responsables de la prestation des services conformément à la *Health and Community Services Act* (1993). Elles administrent les hôpitaux, les centres de santé, les résidences pour personnes âgées et les établissements psychiatriques et recrutent les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé. Elles ont la responsabilité :

- d'évaluer les besoins en santé des résidents dans leur région;
- d'informer et de conseiller les résidents;
- d'allouer et de gérer les ressources pour les priorités établies, de recruter le personnel et de tirer la meilleure partie des ressources disponibles;
- de consulter d'autres organismes oeuvrant dans le domaine de la santé;
- d'élaborer des politiques, des normes et des mesures;
- de planifier et de coordonner, avec le Ministère et d'autres autorités, la prestation d'une gamme complète de services de santé;
- de promouvoir la santé et le bien-être dans leur communauté;
- de rendre disponible l'information sur les choix concernant la santé et les services de santé pour les résidents;
- d'assurer un accès raisonnable aux services de santé;
- de surveiller et d'évaluer le rendement et d'en faire rapport aux résidents et au Ministère.

En décembre 2001, les cinq régions sanitaires de l'Île-du-Prince-Édouard ont reçu l'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Les résultats du processus d'agrément ont été annoncés à la suite d'un vaste processus d'auto-évaluation et de sondages effectués en juin 2001 par une équipe composée de onze médecins et administrateurs principaux de services de santé de partout au pays.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services sociaux présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose devant l'Assemblée législative. Le rapport annuel fournit de l'information sur les principes directeurs du Ministère et sur ses responsabilités législatives, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et met en relief les principales statistiques de l'année.

La Loi stipule que chacune des cinq autorités sanitaires régionales doit soumettre un rapport annuel au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce dernier peut demander toute autre information jugée nécessaire sur les activités des autorités et sur la prestation des services de santé dans leurs zones de responsabilité. Les autorités sanitaires régionales doivent tenir des réunions publiques annuelles et y présenter de l'information sur leurs activités et la prestation des services de santé.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de la province effectue des vérifications annuelles des comptes publics de la province de l'Île-du-Prince-Édouard. Ces comptes comprennent les activités financières, les revenus et les dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Chaque autorité sanitaire régionale a la responsabilité d'engager son propre cabinet d'experts-comptables pour vérifier annuellement ses états financiers. Les états financiers vérifiés sont soumis au ministre et au ministère du Trésor provincial. Les rapports sont présentés aux réunions publiques tenues annuellement dans chaque région. Les états vérifiés sont également présentés devant l'Assemblée législative et inclus dans les comptes publics publiés de la province de l'Île-du-Prince-Édouard.

En vertu de *l'Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires touchant l'ensemble des activités ou des programmes précis menés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par chacune des cinq autorités sanitaires régionales.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Les règlements qui accompagnent cette Loi (1996) définissent les services aux patients hospitalisés et les services ambulatoires assurés qui sont offerts sans frais aux personnes admissibles. Les services hospitaliers assurés comprennent les suivants :

- les services de soins infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire;
- les procédures de radiologie et les autres procédures diagnostiques;
- les frais d'hébergement et de repas au tarif d'une chambre ordinaire;
- les préparations médicamenteuses, biologiques et les préparations connexes prescrites par un médecin traitant et administrées à l'hôpital;
- les salles d'opération, les chambres d'attente et les installations d'anesthésie;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

Depuis mars 2002, sept établissements de soins de courte durée participent au régime d'assurance de la province. Outre les 456 lits pour soins de courte durée, ces établissements comptent 20 lits pour soins de réadaptation, 19 lits pour des chirurgies d'un jour telles que définies dans la *Hospitals Act* (1998) et sept lits pour soins de longue durée assurés. Un établissement supplémentaire, le *Prince Edward Home*, compte 50 lits pour soins de longue durée assurés. De plus, l'Île-du-Prince-Édouard utilise l'équivalent de 28 lits pour soins de courte durée à l'extérieur de la province et 5 142 jours dans des résidences, des maisons d'hébergement et des établissements de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes.

2.2 Services médicaux assurés

La Loi habilitante qui prévoit la prestation de services de médecin assurés est la *Health Services Payment Act* (1988). Elle a été modifiée en 1996 pour inclure le processus de planification des ressources médicales.

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins praticiens qui sont autorisés par le Collège des médecins et chirurgiens. Il y a 217 praticiens qui ont facturé le régime d'assurance au 31 mars 2002.

En vertu de l'article 10 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance ne peut facturer le régime pour les services rendus. Lorsqu'un médecin ou un praticien non participant dispense un service requis sur le plan médical, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur fournisse toute l'information nécessaire pour leur permettre de recouvrer le coût des services rendus auprès du ministre de la Santé.

En vertu du paragraphe 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, selon que les règlements le permettent, de percevoir des frais à l'extérieur du régime pour un patient particulier ou un service de santé de base particulier. Les patients doivent être informés avant de recevoir le service qu'ils seront facturés directement pour le service rendu. Lorsqu'un médecin ou un praticien fait ce choix, il doit en informer le ministre. La totalité des frais est ensuite exigée du patient pour le service rendu.

Au 31 mars 2002, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance.

Tout service de santé de base rendu par un médecin et nécessaire sur le plan médical est couvert par le régime d'assurance-santé. Ces services comprennent les suivants :

- la plupart des services rendus par les médecins à leur bureau, à l'hôpital ou au domicile du patient;
- les services chirurgicaux nécessaires sur le plan médical, incluant les services d'anesthésistes ou d'infirmières en chirurgie, lorsque nécessaire;
- les services obstétricaux, incluant les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveau-nés et les soins exigés par toute complication à la grossesse telle qu'une fausse couche ou une césarienne;
- certaines procédures de chirurgie buccale nécessaires sur le plan médical et pratiquées, à l'hôpital, par un chirurgien stomatologiste;
- les procédures de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes;
- le traitement des fractures et des dislocations;
- certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été adéquatement aiguillé par un médecin traitant.

En 2001-2002, aucun service n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés.

Un service médical peut être ajouté à la liste des services assurés à la suite d'une négociation entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la *Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard*.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts par le régime. Seuls les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale sont remboursés par le régime. Cette catégorie comporte actuellement deux chirurgiens. Les procédures chirurgicales dentaires comprises comme services de santé de base dans le tarif des honoraires sont couvertes uniquement lorsque le médecin traitant confirme que la condition médicale du patient nécessite une intervention à l'hôpital.

Un service chirurgical dentaire peut être ajouté à la suite d'une négociation entre la *Dental Association of Prince Edward Island* et le ministère de la Santé et des Services sociaux

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le *Hospital Services Plan* comprennent :

- les services auxquels les patients sont admissibles en vertu d'autres lois fédérales ou provinciales;
- les frais d'essence ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par le Ministère;
- les conseils ou les prescriptions par téléphone, à l'exception de la supervision de l'anticoagulothérapie;
- les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- les examens, les vaccinations ou les inoculations en groupe, à moins d'une approbation préalable par le Ministère;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement psychiatrique ou de désintoxication (drogues ou alcool);
- les témoignages en cour;
- les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessaires sur le plan médical;
- les services dentaires autres que les procédures comprises dans les services de santé de base;
- les pansements, les médicaments, les vaccins, le matériel biologique et le matériel connexe;
- les lunettes et les appareils spéciaux;
- la physiothérapie, la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires;
- le rétablissement de la fertilité;
- la fertilisation *in vitro*;
- les services rendus par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;
- les services rendus par un médecin à des membres de sa famille, à moins d'une approbation du Ministère;
- tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation du comité médical consultatif, déclarer non assuré.

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le *Hospital Services Plan* comprennent les soins infirmiers privés ou spéciaux dispensés à la demande du patient ou de sa famille; les chambres à suppléments, à la demande du patient; les services hospitaliers rendus dans le cadre d'une chirurgie purement esthétique; les appareils pour usage personnel comme le téléphone et la télévision; les médicaments, produits biologiques, prothèses et orthèses utilisées après avoir obtenu le congé de l'hôpital; les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être admis à l'hôpital pour des raisons médicales, avec l'approbation préalable du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La suppression d'un service du régime d'assurance-santé s'effectue en collaboration avec la *Medical Society of Prince Edward Island* et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'article 3 de la *Health Services Payment Act and Regulations* définit l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Les régimes sont conçus pour offrir une couverture aux résidents admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard (c'est-à-dire quiconque est légalement autorisé à demeurer au Canada et est ordinairement présent, dans sa résidence de l'Île-du-Prince-Édouard, au moins six mois plus un jour par année).

Tous les nouveaux résidents doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes de l'extérieur de la province qui établissent une résidence permanente dans l'Île-du-Prince-Édouard deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les résidents qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces canadiennes (FC), les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus de pénitenciers fédéraux et les personnes admissibles à certains services en raison de programmes d'autres gouvernements tels que l'Indemnisation des travailleurs ou les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Les résidents inadmissibles peuvent devenir admissibles dans les cas suivants : membres des FC ou de la GRC et détenus de pénitenciers élargis, libérés ou libérés à la suite d'un congé de réadaptation. Lorsque ce dernier est financé par les FC, la province où la personne était incarcérée ou engagée au moment de l'élargissement ou de la libération, ou la province de résidence au moment de la terminaison du congé de réadaptation, selon le cas, fournira la couverture initiale pour la période d'attente habituelle qui peut aller jusqu'à trois mois. Les détenus de pénitenciers en liberté conditionnelle seront traités de la même manière que les détenus élargis.

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de l'Île-du-Prince-Édouard ne peuvent être reconnus comme résidents de la province et, de ce fait, ne sont pas admissibles aux avantages offerts par l'assurance des soins hospitaliers et médicaux.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux résidents et les résidents de retour doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé en remplissant un formulaire d'inscription auprès du Ministère. La demande est examinée pour s'assurer que toute l'information nécessaire est fournie. Une carte santé est délivrée et envoyée au résident dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de l'assurance a lieu tous les cinq ans, et les résidents en sont avisés, par écrit, six semaines avant le renouvellement.

Il y avait 140 001 résidents inscrits au régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard au 31 mars 2002.

3.3 Autres catégories de personnes

Les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-santé et à la couverture des soins médicaux. Les réfugiés du Kosovo constituent une exception à cette catégorie et sont admissibles à l'assurance-santé et à la couverture des soins médicaux à l'Île-du-Prince-Édouard. Le 31 mars 2002, 99 réfugiés du Kosovo étaient inscrits au régime d'assurance-santé.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent dans l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles à l'assurance-santé le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider dans l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à l'assurance en cas de maladie subite ou de situation d'urgence survenant à l'extérieur de la province, conformément à l'alinéa 5.1 (e) de la *Health Services Payment Act*.

Le terme « absence temporaire » est défini comme une période d'absence de la province pouvant aller jusqu'à 182 jours dans une période de 12 mois pour des raisons de vacances, de visite ou d'engagement professionnel. Les personnes quittant la province dans les circonstances mentionnées ci-dessus doivent s'inscrire auprès du Ministère avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers.

Le tarif est de 576 $ par jour pour un séjour à l'hôpital. Le tarif inter-provincial courant pour un service ambulatoire est de 110 $. La méthode utilisée pour calculer ces tarifs est fondée sur le coût du même service s'il était rendu dans l'Île-du-Prince-Édouard.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La *Health Services Payment Act* est la Loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences temporaires à l'étranger, conformément à l'alinéa 5.1 (e) de la *Health Services Payment Act*.

Les résidents assurés peuvent séjourner temporairement à l'extérieur du pays pour une période de 12 mois et ce, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement agréé dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent aviser le Ministère à leur retour au pays.

Pour les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard qui quittent le pays pour des raisons professionnelles pour une période de plus d'un an, la couverture se termine le jour du départ de la personne.

Pour les résidents qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie au taux de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en devise canadienne. Il incombe aux résidents de payer la différence entre le montant total facturé et le montant déboursé par le Ministère.

Les sommes versées pour des services d'urgence assurés reçus à l'étranger totalisaient 136 829 $ en 2001-2002.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère est nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard qui veulent recevoir ces services peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de l'Île-du-Prince-Édouard. Une couverture complète peut être assurée pour les services urgents et non urgents (assurés dans l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en a fait la demande auprès du Ministère. Une approbation préalable du directeur médical du ministère de la Santé et des Services sociaux est nécessaire pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation de l'Île-du-Prince-Édouard permettent de recevoir des services selon des modalités et des conditions uniformes pourvu qu'ils n'entravent pas ou n'empêchent pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les sept établissements de soins de courte durée de l'Île-du-Prince-Édouard comptent un nombre total de 476 lits approuvés (456 lits pour soins de courte durée plus 20 lits pour soins de réadaptation). Vingt-trois lits pour soins de courte durée supplémentaires sont réservés aux services hospitaliers assurés dans un établissement psychiatrique. Il n'existe pas de données relatives à l'admission pour ces lits. Durant l'exercice 2001-2002, il y a eu, en tout, 16 941 admissions. Le nombre de jours d'occupation des lits pour soins de courte durée des hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard atteignait 134 846 (en excluant les nouveau-nés), et la durée de séjour moyenne était de

8,1 jours. On ne dispose d'aucune donnée sur le nombre d'admissions, la durée du séjour et le nombre de jours d'occupation des lits pour soins de longue durée.

Accélérateur linéaire

En avril 2000, le gouvernement a annoncé des projets visant à élargir la gamme de services offerts par le PEI Cancer Treatment Centre, grâce à l'ajout d'un accélérateur linéaire. On achève présentement une étude des répercussions et un plan fonctionnel à propos des services élargis de traitement du cancer. Ces services élargis devraient être opérationnels à la fin de 2002.

Imagerie par résonnance magnétique (IRM)

En avril 2000, le gouvernement a annoncé l'expansion des services d'imagerie diagnostique pour les résidents grâce à l'achat d'une unité IRM pour le Queen Elizabeth Hospital. On a mis sur pied un comité chargé de superviser la phase de planification des services IRM, qui devraient être opérationnels à la fin de 2002. L'étude des répercussions est terminée et on achève le plan fonctionnel.

Services ambulanciers

Les modifications apportées à la *Public Health Act* concernant les services médicaux d'urgence et les règlements afférents ont été approuvés pour la proclamation le 1er janvier 2001. Cette Loi prévoit des améliorations à l'administration et à la prestation des services médicaux d'urgence.

En avril 2000, le gouvernement a annoncé la création d'un programme de soutien au transport pour recevoir des soins médicaux à l'extérieur de la province (Out of Province Medical Transport Support Program), programme destiné à couvrir une partie du coût du transport en ambulance à l'extérieur de la province. Ce programme permet de réduire les frais que les résidents admissibles doivent payer lorsqu'ils doivent recevoir des soins médicaux spécialisés à l'extérieur de la province.

Accessibilité : Nouvelles initiatives

La stratégie de recrutement des infirmières, annoncée dans le cadre du budget provincial 2000, en est à sa troisième année. Toutes les stratégies ont été mises en oeuvre dans la province. Bien que la stratégie vise tous les secteurs des soins de santé, on accorde la priorité au secteur institutionnel, qui couvre les soins de courte durée et les soins de longue durée. Le Ministère procède actuellement à l'élaboration d'un cadre qui servira à évaluer officiellement les stratégies.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les services de médecin sont accessibles dans toute la province, sauf pour les spécialités où il existe des postes à pourvoir. On a entrepris de recruter des médecins de famille, des anesthésistes, des radiologistes, des pathologistes, des ophtalmologistes, des radio-oncologues, des psychiatres et un obstétricien.

5.4 Rémunération des médecins

On se sert d'un processus de négociation collective pour déterminer la rémunération des médecins. Les équipes de négociation sont nommées par les deux parties, les médecins et le gouvernement, afin de représenter les intérêts respectifs au cours du processus. Une nouvelle convention triennale a été négociée et expirera le 31 mars 2004.

La Loi qui régit le paiement des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act*.

La plupart des médecins travaillent suivant la formule de la rémunération à l'acte. Des plans de paiement de rechange ont toutefois été élaborés, et certains médecins reçoivent des salaires, des rémunérations à contrat et des rémunérations à la vacation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les autorités sanitaires régionales sont responsables de la prestation des services hospitaliers dans la province, conformément à la *Health and Community Services Act*. Les besoins financiers (budgétaires) sont établis annuellement par consultation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et soumis à l'approbation de l'Assemblée législative au cours du processus budgétaire annuel.

Les paiements (avances) effectués aux autorités sanitaires régionales pour les services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et sont tributaires des montants approuvés au budget.

La méthode de financement normale consiste à recourir à un budget global ajusté annuellement pour tenir compte des coûts croissants associés à certains facteurs tels que les conventions collectives et les coûts des médicaments, des fournitures médicales et de l'exploitation des établissements.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard reconnaît la contribution du gouvernement fédéral fournie par le biais du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans son budget 2001-2002 et les documents budgétaires connexes, de même que dans les comptes publics 2001-2002, déposés devant l'Assemblée législative et mis publiquement à la disposition des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard.

7.0 Services complémentaires de santé

Les services de soins complémentaires ne sont pas assurés, à l'exception des services fournis pour les lits de malades chroniques assurés en vertu de l'article 2.1. Les services de soins complémentaires sont fournis par l'intermédiaire des cinq autorités sanitaires régionales du système de la santé et des services sociaux. Des soins en maison de repos sont disponibles lorsque les comités d'admission et de placement régionaux autorisent le placement dans les résidences pour personnes âgées du gouvernement et les maisons de repos privées autorisées. On utilise l'outil d'évaluation des services normalisé pour déterminer les besoins en services des résidents pour toutes les admissions aux maisons de repos. La province compte 18 maisons de repos privées et gouvernementales qui totalisent 953 lits, incluant des lits réservés aux soins de relève. La province octroie des sommes à 71 p. 100 des résidents des maisons de repos en vertu de la partie 2 des *Welfare Assistance Act Regulations*. Le gouvernement fédéral octroie des sommes à environ 8 p. 100 des résidents et les 21 p. 100 des résidents restants paient eux-mêmes les services qu'ils reçoivent. Les maisons de repos de l'Île-du-Prince-Édouard dispensent des soins de niveaux 4 et 5.

Outre les maisons de repos, l'Île-du-Prince-Édouard compte 35 établissements de soins communautaires autorisés. Au 31 mars 2002, il y avait 923 lits, en tout, dans les établissements de soins communautaires. Les 35 p. 100 des résidents qui reçoivent des sommes du gouvernement font l'objet d'une évaluation financière en vertu de la partie 1 de la *Welfare Assistance Act*. Les 65 p. 100 restants paient eux-mêmes les services qu'ils reçoivent. Les établissements de soins communautaires dispensent des soins de niveaux 1 à 3.

Les services de soutien et de soins à domicile, également non assurés, constituent un autre aspect des soins complémentaires. Les services de soutien comprennent les soins infirmiers à domicile, les auxiliaires familiales, le soutien communautaire, la protection des adultes et les soutiens professionnels et de physiothérapie. On utilise l'outil d'évaluation des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de service nécessaire. Les services professionnels à domicile sont présentement fournis gratuitement au client, mais sont assujettis à un plafond budgétaire. Les services des auxiliaires familiales font l'objet d'une tarification décroissante selon l'évaluation du revenu d'une personne. La demande pour les soins à domicile continue d'augmenter dans la province.

Nouvelle-Écosse

Introduction

En Nouvelle-Écosse, la gestion de la prestation quotidienne des services de santé incombe aux neuf autorités sanitaires de district (ASD) de la province. Ces ASD ont été créées en vertu de la *Health Authorities Act*, entrée en vigueur le 1er janvier 2001. L'adoption de cette loi a rapproché la Nouvelle-Écosse de son objectif d'établir un système de soins de santé abordable, de haute qualité et viable.

En vertu de la *Health Authorities Act*, les ASD sont tenues de fournir au ministre de la Santé des états financiers mensuels et trimestriels ainsi que des états financiers vérifiés de fin d'année. Elles doivent aussi présenter des rapports annuels, qui fournissent des mises à jour sur la mise en œuvre de leurs plans d'activités. Ces dispositions assurent une plus grande responsabilisation financière. Les articles de la *Health Authorities Act* reliés aux rapports financiers et à la planification des activités sont entrés en vigueur le 1er avril 2001.

Conformément à la loi sur les finances de la province ainsi qu'aux politiques et aux lignes directrices du gouvernement, le ministère de la Santé doit présenter un compte rendu annuel décrivant les résultats obtenus en fonction de son plan d'activités pour l'exercice financier visé. Le premier compte rendu de ce genre a été présenté en 2000-2001 (*Annual Accountability Report for the Year 2000-2001*); celui de l'exercice 2001-2002 sera disponible en 2002.

Au cours de l'exercice 2001-2002, la province a aussi publié le rapport *Performance Evaluation of Nova Scotia Emergency Health Services*. Ce rapport évalue les modifications apportées aux services de santé d'urgence de la province à la suite d'une restructuration amorcée en 1995. Il ressort de ce rapport que la fusion des nombreux fournisseurs de services ambulanciers a entraîné d'importantes améliorations, dont une cohérence et une équité accrues de même qu'une réduction générale du temps de réponse des ambulances.

La Nouvelle-Écosse est demeurée engagée à assurer la prestation de services jugés médicalement nécessaires qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Des renseignements additionnels sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé à l'adresse :

www.gov.ns.ca/health

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, deux régimes couvrent les services de santé assurés : le régime d'assurance-hospitalisation et le *Medical Services Insurance Plan* (MSI). Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, *Revised Statutes of Nova Scotia*, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35 (la Loi), laquelle a été adoptée par l'autorité législative en 1958.

Le régime MSI est administré et géré en vertu de la loi susmentionnée (articles 8, 13, 17(2), 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35) par une autorité sans but lucratif formée du ministère de la Santé et de la *Maritime Medical Care Incorporated* (maintenant connu sous le nom Service Croix Bleue de l'Atlantique).

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule, sous réserve des dispositions de la Loi et de ses règlements, que tous les résidents de la province ont droit de recevoir des services hospitaliers assurés, selon des modalités uniformes, et que tous les résidents de la province sont assurés, selon des modalités uniformes, du paiement des coûts des services professionnels assurés et ce, jusqu'au tarif établi. En vertu de l'article 8 de la Loi, le ministre de la Santé peut, à l'occasion, avec l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou

résilier, avec une ou des personnes, les ententes qu'il juge nécessaires à l'établissement et la réalisation du régime MSI.

En vertu du protocole d'entente de 1992, la *Maritime Medical Care Incorporated* (MMC - maintenant connu sous le nom de Service Croix Bleue de l'Atlantique) est autorisée à :

- déterminer l'admissibilité des fournisseurs qui participent au régime;
- planifier et à dispenser des programmes d'information et d'éducation pour s'assurer que l'ensemble des personnes et des fournisseurs connaissent leurs droits et leurs responsabilités en vertu du régime;
- effectuer des paiements, en vertu du régime, pour toute réclamation ou catégorie de réclamations dans le cas de services de santé assurés que la province est tenue de payer;
- élaborer un système de vérification et d'évaluation des réclamations et des paiements pour assurer un processus de vérification continu et établir des structures administratives nécessaires à l'acquittement de son mandat.

1.2 Liens hiérarchiques

La MMC doit remettre à la province, au plus tard le vingtième jour de chaque mois, des rapports de dépenses, sous la forme établie par la province, comprenant les détails demandés. Dans les trente jours précédant la fin du trimestre d'exercice, la MMC est tenue de présenter un rapport qui comprend les dépenses prévues jusqu'à la fin du trimestre ainsi qu'une prévision des dépenses jusqu'à la fin de l'exercice. Elle doit en outre présenter des procès-verbaux et des renseignements pour que la province reste au fait de toutes les réunions, les conférences, etc. qui s'inscrivent dans le cadre de l'application du régime MSI. Les rapports préparés par la MMC sont envoyés respectivement aux secteurs des programmes assurés visés du ministère de la Santé, aux fins d'examen et de suivi.

Le sous-alinéa 17(1)(i) de la *Health Services and Insurance Act* et les paragraphes 11(1) et 12(1) du *Hospital Insurance Regulations* qui sont reliés à cette Loi, établissent les conditions régissant la présentation par les hôpitaux et les conseils d'administration des hôpitaux au ministre de la Santé de leurs prévisions budgétaires annuelles et de leurs états mensuels de recettes et de dépenses réelles.

1.3 Vérification des comptes

Le bureau du vérificateur général de la province vérifie toutes les dépenses du ministère de la Santé, y compris le programme d'assurance-médicaments. Les vérificateurs internes du ministère de la Santé examinent les états financiers du contrat d'administration de la MMC. Cette dernière fait également l'objet d'une vérification externe qui comprend l'examen du contrat d'administration. Les paiements d'assurance-santé ne font pas l'objet d'une vérification formelle. Cependant, le bureau du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse recommande une telle vérification.

Aux termes du paragraphe 34(5) de la *Health Authorities Act*, chaque conseil d'administration des hôpitaux est tenu de présenter, au plus tard le 1er juillet de chaque année, un état financier vérifié de l'exercice précédent au ministre de la Santé.

Le rapport du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse, qui a été déposé le 7 janvier 2002, renfermait trois vérifications pertinentes à l'application de la *Loi canadienne sur la santé* :

- une vérification de portée gouvernementale sur la planification financière et le processus budgétaire de 2001-2002;
- une vérification de la *Capital District Health Authority*;
- une vérification de l'acquisition par la province de l'établissement correctionnel et médico-légal de Dartmouth.

1.4 Mandataire désigné

En vertu d'un protocole d'entente conclu avec le ministère de la Santé, la MMC administre les comptes des médecins et est habilité à recevoir des sommes pour payer ces comptes. La MMC reçoit une autorisation écrite du ministère de la Santé lui indiquant les bénéficiaires à qui elle peut verser une rémunération. Les taux de

rémunération et les montants précis sont fonction du contrat du médecin négocié entre la *Société médicale de la Nouvelle-Écosse* et le ministère de la Santé.

Aucune loi ne régit le rôle de la MMC. Cette dernière se conforme aux modalités et aux conditions stipulées dans le contrat de 1992 et à son mode de paiement. Selon les modalités du contrat, la MMC est tenue de présenter les documents suivants à la province :

- des états financiers annuels vérifiés;
- un dénombrement détaillé des ETP pour les demandes de crédits budgétaires dont le ministère a approuvé les niveaux de dotation;
- les budgets détaillés où figurent les salaires, les avantages sociaux, les déplacements, les frais postaux, etc.;
- un exemplaire de son rapport annuel.

Toutes les activités d'élaboration de systèmes de la MMC pour le MSI et le régime d'assurance-médicaments sont contrôlées par un comité mixte. Toutes les transactions du MSI et du régime d'assurance-médicaments sont soumises à une vérification par le bureau du vérificateur général de la province.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, neuf autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK (*Women and Children's Tertiary Care Hospital*) assurent la prestation de services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes, dans 35 établissements[1].

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés à l'échelle de l'établissement ou de la région. La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, *Revised Statutes of Nova Scotia*, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35, laquelle a été adoptée par l'autorité législative en 1958. Le *Hospital Insurance Regulations* a été établi en vertu de la *Health Services and Insurance Act*.

Les services aux malades hospitalisés comprennent les services suivants :

- l'hébergement et les repas dans une chambre commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire et de radiologie et autres services de diagnostic;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital;
- les fournitures chirurgicales ordinaires;
- l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'attente et des installations anesthésiques;
- l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Les services aux malades externes comprennent les services suivants :

- les examens de laboratoire et de radiologie;
- les procédures de diagnostic, y compris l'utilisation de produits radiopharmaceutiques;
- les examens d'électroencéphalie;
- l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- les services infirmiers nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang;

[1] Conformément aux définitions du document *Rapport annuel de 2001-2002 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé - Guide de l'utilisateur pour les présentations à Santé Canada*. Ce chiffre n'a pas changé depuis l'exercice 2000-2001, mais le nombre de 36 signalé dans la présentation de l'année dernière était erroné. D'autres documents peuvent mentionner un nombre d'établissements autre que 35 en raison de l'utilisation de définitions différentes.

- les services hospitaliers relatifs à la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- les soins de jour pour diabétiques;
- les services autres que les services médicaux fournis par la *Nova Scotial Hearing and Speech Clinic* ainsi que ceux fournis dans cette clinique;
- les procédures de diagnostic par ultrasons;
- la nutrition parentérale à domicile;
- l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

2.2 Services médicaux assurés

La loi qui prévoit la prestation de services de médecin assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, articles 3(2), 5, 8, 13, 13A, 17(2), 22, 27-31 et 35, et le *Medical Services Insurance Regulations*.

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un omnipraticien s'entend d'une personne exerçant la médecine générale, d'un médecin n'étant pas un spécialiste au sens de l'alinéa ou d'un spécialiste qui est médecin et qui est reconnu comme spécialiste par l'organisme de réglementation professionnelle pertinent du secteur de compétence où il exerce ses fonctions. Les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) doivent recevoir une autorisation du *College of Physicians and Surgeons* de la Nouvelle-Écosse pour facturer le régime MSI. Les dentistes qui reçoivent des rémunérations en vertu de ce régime doivent être inscrits au *Provincial Dental Board* et être reconnus comme tels. En 2001-2002, 2 003 médecins et 35 dentistes ont reçu des rémunérations au titre du régime MSI.

Les médecins se gardent le droit d'adhérer au régime MSI ou de se retirer de celui-ci. Dans le cas qui précède, il revient à un médecin d'aviser le régime MSI et de se dessaisir de son numéro de facturation. Les malades qui paient directement le médecin qui s'est retiré du régime sont remboursés à même le régime MSI. Au 31 mars 2002, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés sont ceux qui sont requis d'un point de vue médical pour diagnostiquer, traiter, réadapter ou modifier une structure de la morbidité. Il n'existe aucune limite pour les services assurés requis d'un point de vue médical.

En 2001-2002, aucun nouveau service assuré d'importance n'a été ajouté à la liste des services de médecin assurés. À tous les trimestres, on approuve de nouveaux codes d'honoraires spécifiques qui représentent les améliorations, les nouvelles technologies ou les nouvelles façons de fournir un service.

Une structure de comités procède à l'ajout des nouveaux codes d'honoraires à la liste des services de médecin assurés. Les médecins qui souhaitent faire reconnaître ou établir un nouveau code d'honoraires doivent au préalable soumettre leur cas à la *Société médicale de la Nouvelle-Écosse*, qui propose une valeur pour les nouveaux honoraires suggérés.

La valeur proposée est ensuite transmise au *Joint Fee and Tariff Committee*. Le comité mixte est formé d'un nombre égal de membres de la Société médicale et du ministère de la Santé. Une fois approuvés par le comité, les nouveaux honoraires suggérés sont envoyés au ministère de la Santé, aux fins d'approbation finale. La MMC est chargée d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre du MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste est une personne légalement autorisée à exercer la dentisterie dans un lieu propre à l'exercice de sa profession.

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la *Nova Scotia Dental Association* et être qualifiés dans l'exercice de la chirurgie dentaire. La *Health Services and Insurance Act* stipule qu'un dentiste peut choisir de ne pas participer au régime MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu

d'aviser le régime MSI par écrit; il n'est ensuite plus autorisé à présenter des réclamations à ce régime. Au 31 mars 2001, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. En 2001-2002, 35 dentistes ayant fourni des services de chirurgie dentaire assurés ont été rémunérés par l'entremise du régime MSI.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont énumérés dans le *Dental Surgical Program Fee Schedule*. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés lorsque les conditions du patient sont telles que l'intervention doit, sur le plan médical, être pratiquée à l'hôpital et que celle-ci se révèle de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés sont : la chirurgie orthognatique; la chirurgie destinée à l'enlèvement des dents incluses; la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut d'abord s'adresser à la *Dental Association of Nova Scotia*, et lui demander de présenter une proposition au ministère de la Santé. Celui-ci, après avoir consulté des experts dans ce domaine, doit faire savoir si la nouvelle intervention devient un service assuré.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent les services suivants :

- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- le téléphone;
- la télévision;
- les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital;
- la chirurgie esthétique;
- les interventions visant le rétablissement de la fécondité;
- la chirurgie transsexuelle;
- la fécondation *in vitro*;
- les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques;
- les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés, sauf, exceptionnellement, si elles sont jugées nécessaires sur le plan médical;
- les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas considérés médicalement nécessaires.

Les services médicaux non assurés fournis comprennent les services suivants :

- les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- les frais relatifs aux déplacements ou aux délais;
- les conseils ou les renouvellements d'ordonnances délivrés par téléphone;
- les examens requis par un tiers;
- les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère;
- la préparation de certificats ou de rapports;
- la comparution en cour;
- les services associés à l'électrocardiographie, l'électromyographie et l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question;
- la chirurgie esthétique;
- l'acupuncture;
- le rétablissement de la fécondité;
- la fécondation *in vitro*.

Tous les résidents de la province ont droit aux services assurés couverts en vertu de la *Health Services and Insurance Act*. Les patients qui peuvent acheter des biens et des services améliorés (lentilles interoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, par exemple) doivent être informés de leurs coûts, et ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province offre des solutions de rechange à tout bien et service améliorés.

Le ministère de la Santé étudie aussi avec attention toutes les plaintes déposées par les patients ou les préoccupations du public pouvant indiquer le non-respect des principes généraux liés aux services assurés.

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de la *Société médicale de la Nouvelle-Écosse* et du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention pour en déterminer la nécessité sur le plan médical. Si l'intervention n'est pas jugée requise sur le plan médical, elle sera retirée du barème de rémunération des médecins et ne sera plus remboursée à titre de service assuré. Lorsqu'un service n'est plus assuré, l'ensemble des interventions et des examens liés à sa fourniture deviennent également non assurés. Le même processus s'applique aux services dentaires et hospitaliers. La dernière fois qu'on a assisté au retrait d'un grand nombre de services assurés était en 1997.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est indiquée à l'article 3 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un résident comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Écosse.

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au régime MSI à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée à titre de résidents permanents. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime à compter de la date de leur arrivée dans la province, à condition qu'elles soient citoyennes du Canada.

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord ne sont pas admissibles au régime MSI. Lorsque leur statut change, ils sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur admissibilité.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour obtenir une carte de santé en Nouvelle-Écosse, les résidents doivent s'inscrire auprès du régime MSI. Une fois l'admissibilité établie, un formulaire de demande est produit. La personne qui fait la demande (et son conjoint, le cas échéant) doit signer le formulaire avant qu'il puisse être traité. Le demandeur doit fournir sur la demande le nom et l'adresse d'un témoin. Ce dernier doit être un résident de la Nouvelle-Écosse, qui peut confirmer l'information figurant sur la demande. Le demandeur doit en outre inclure une preuve de citoyenneté canadienne ou fournir une copie d'un document d'immigration acceptable.

Une fois la demande approuvée, chaque membre de la famille figurant sur la demande reçoit une carte de santé. Chaque carte de santé porte un numéro unique et est valide pour toute la vie du demandeur. Le numéro de la carte de santé sert aussi de principal identificateur de dossier de santé pour tous les services de santé obtenus en Nouvelle-Écosse pendant la vie du bénéficiaire. Avant d'obtenir des services assurés, les résidents doivent fournir une preuve d'admissibilité à ces services.

Des avis de renouvellement sont envoyés à la plupart des détenteurs de carte trois mois avant la date d'expiration de la carte de santé. Sur réception de l'avis de renouvellement dûment signé, le régime MSI émettra une nouvelle carte de santé.

Il n'existe aucune loi en Nouvelle-Écosse qui oblige les résidents à s'inscrire au régime MSI. Il peut donc y avoir des résidents de la Nouvelle-Écosse qui ne sont pas inscrits au régime d'assurance-santé.

En 2001-2002, il y avait 948 369 résidents inscrits au régime.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de soins de santé assurés en Nouvelle-Écosse, comprennent les personnes suivantes :

Immigrants – Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle-Écosse sont admissibles aux soins de santé à la date de leur arrivée. Elles doivent avoir en leur possession un document d'immigrant reçu. Ces personnes, auparavant appelées « immigrants reçus », sont maintenant appelées « résidents permanents ».

Les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un « résident permanent » de même que les réfugiés au sens de la Convention qui ont fait une demande de résidence permanente sont admissibles aux soins de santé assurés à compter de la date de la demande de résidence permanente. Les demandeurs doivent avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant leur statut. Un réfugié au sens de la Convention est désigné par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié comme une personne qui craint avec raison d'être persécutée dans son pays d'origine du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques.

Les personnes à l'extérieur du Canada qui ont présenté une demande pour obtenir le statut de résident permanent ne peuvent pas s'inscrire au régime tant qu'elles ne sont pas résidents permanents. La couverture sera rétroactive à compter de leur date d'arrivée en Nouvelle-Écosse.

En 2001-2002, il y avait 16 986 résidents permanents reçus inscrits au régime d'assurance-santé.

Titulaires de permis d'emploi : Les personnes d'autres pays s'établissant en Nouvelle-Écosse qui sont en possession d'un permis d'emploi sont admissibles au régime MSI à compter du premier jour du septième mois qui suit la date de leur arrivée comme travailleur, à condition qu'elles ne se soient pas absentées de la province pendant 31 jours consécutifs (sauf en cours d'emploi). La couverture du régime est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois et ne porte que sur les services reçus en Nouvelle-Écosse, ce qui est indiqué sur la carte de santé. La couverture est rétroactive à compter de la date d'arrivée. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque le travailleur a obtenu le droit de participer au régime, les personnes à sa charge auront droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2001-2002, 302 titulaires de permis d'emploi étaient couverts en vertu du régime d'assurance-santé.

Titulaires de permis d'études : Les personnes d'autres pays s'établissant en Nouvelle-Écosse qui sont en possession d'une autorisation d'étude sont admissibles au régime MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, à condition qu'elles ne se soient pas absentées de la province pendant plus de 31 jours consécutifs. La couverture du régime est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois et ne porte que sur les services reçus en Nouvelle-Écosse. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque l'étudiant a obtenu le droit de participer au régime, les personnes à sa charge auront droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2001-2002, 378 titulaires de permis d'études étaient couverts en vertu du régime d'assurance-santé.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles au régime MSI s'ils détiennent un permis d'emploi ou d'études, ou s'ils ont présenté une demande de résidence permanente. Ils sont assujettis aux dispositions d'admissibilité relatives au type de document d'immigration qu'ils détiennent.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime

MSI à compter de la première journée du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée à titre de résident permanent de la province.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Tous les cas se rapportant à la transférabilité des services assurés doivent être traités en vertu de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, le régime MSI de la Nouvelle-Écosse offre généralement une couverture aux résidents de la province qui s'établissent ailleurs au Canada pendant une durée de trois mois. Les étudiants qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein peuvent demeurer admissibles au régime sur une base annuelle. Pour être admissible au régime MSI, l'étudiant doit présenter au régime une lettre de son établissement d'enseignement qui confirme sa présence pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse à la recherche d'un emploi demeurent admissibles au régime MSI pendant une période pouvant aller jusqu'à douze mois, à condition qu'ils ne s'établissent pas dans une autre province, territoire ou un autre pays.

Les services fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. En 2001-2002, les montants payés en vertu du régime pour des services hospitaliers fournis dans d'autres provinces et territoires totalisaient 8 536 691 $ pour les malades hospitalisés, et 4 099 667 $ pour les malades externes. Dans tous les cas de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province d'accueil pour les services assurés.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La Nouvelle-Écosse se conforme à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité dans le cas des services assurés fournis aux résidents qui sont temporairement à l'étranger. En autant qu'un résident de la Nouvelle-Écosse réponde aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au coût moindre en fonction du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Afin d'être admissibles à la couverture, les résidents ne doivent pas habituellement être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois. Pour s'assurer de la couverture des interventions non urgentes par le régime MSI de la Nouvelle-Écosse, il faut obtenir une autorisation préalable.

Les étudiants qui s'absentent temporairement de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement étranger à temps plein peuvent demeurer admissibles, sur une base annuelle, au régime MSI. Pour être admissibles au régime MSI, les étudiants doivent présenter au régime une lettre de leur établissement d'enseignement qui confirme leur présence pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse à la recherche d'un emploi demeurent admissibles au régime MSI pendant une période pouvant aller jusqu'à douze mois, à condition qu'ils ne s'établissent pas dans un autre pays.

Les services urgents fournis à l'étranger sont payés au coût moindre en fonction du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 2001-2002, le montant dépensé pour des services assurés urgents fournis aux malades hospitalisés à l'étranger totalisait 1 000 023 $.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas des services facultatifs fournis dans une autre province ou à l'étranger. La demande d'autorisation préalable doit être faite auprès du directeur médical du régime MSI par un médecin de la Nouvelle-Écosse, pour le compte d'un résident assuré. Le médecin-conseil examine les

modalités et les conditions, et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Le médecin-conseil fait connaître sa décision au médecin du patient. Le patient est alors couvert en vertu de l'entente de facturation réciproque pour des services facultatifs fournis dans une autre province ou un autre territoire du pays. Si un résident est autorisé à obtenir un service à l'étranger, la totalité du coût du service sera couverte dans le cadre du régime MSI.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les services assurés sont fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse selon des modalités uniformes.

Aucun des régimes n'impose de frais modérateurs ou de frais supplémentaires.

La Nouvelle-Écosse examine continuellement la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour s'assurer de suivre le rythme. Dans les secteurs où l'on juge nécessaire d'apporter des améliorations, selon la situation financière de la province, des fonds additionnels sont généralement affectés à ces secteurs. En 2001-2002, des sommes additionnelles ont donc été allouées au cathétérisme cardiaque et à la chirurgie cardiaque. La province a aussi demandé la réalisation d'un examen du traitement de l'ostéoporose, puis la présentation d'un rapport formulant des recommandations, notamment sur l'amélioration de l'accès aux services d'ostéodensitométrie. Au cours de l'exercice 2002-2003, la province a approuvé l'achat d'un appareil d'IRM pour le Cap Breton en vue d'accroître l'accès et de réduire les périodes d'attente.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse continue d'insister sur la prestation de services de soins de santé viables et de qualité à ses citoyens.

Au dernier décompte pour l'exercice 2001-2002, le nombre de lits d'hôpitaux s'élevait à 2 982.

Le tableau 1 présente une ventilation des professions clés de la santé dont les membres sont autorisés à exercer en Nouvelle-Écosse. Ces professionnels de la santé n'ont pas tous participé activement à la prestation de services de santé assurés.

Tableau 1 : Personnel de santé en Nouvelle-Écosse (2001)

Profession	Nombre d'autorisations à exercer[1]
Médecins	2 003
Dentistes	4 50[2]
Infirmiers (ères) autorisé(e)s	9 272
Infirmiers (ères) auxiliaires autorisé(e)s	3 369
Techniciens (nes) en radiation médicale	483
Inhalothérapeutes	186
Pharmaciens	949
Ergothérapeutes	233
Orthophonistes	155
Chiropraticiens	73
Opticiens	173
Optométristes	76
Denturologistes	61
Diététiciennes	402
Psychologues	371

[1] Les professionnels autorisés à exercer ne travaillent pas tous

[2] Un nombre limité de dentistes autorisés ont obtenu l'approbation d'offrir des services dentaires assurés

En 2001-2002, la Nouvelle-Écosse a eu recours à la télémédecine pour dispenser les services suivants (tableau 2).

Tableau 2 : Services de télémédecine en Nouvelle-Écosse (2001-2002)

Type de services	Nombre de services offerts
Téléradiologie	12 993
Séances d'étude	1 865
Consultations cliniques	1 312
Réunions administratives	701
Conférences sur des cas cliniques	187

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2001-2002, 2 003 médecins et 35 dentistes ont effectivement fourni des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou des lois provinciales. Des solutions de financement innovatrices, comme le financement global et les marchés de services personnels, ont permis d'accroître le recrutement.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la formation médicale en médecine générale. Elle tient aussi des activités de recrutement permanentes et a fourni le financement pour lancer un programme de réinsertion à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent suivre une formation spécialisée après avoir effectué deux années de médecine générale dans la province.

5.4 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act, Revised Statutes of Nova Scotia*, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre la *Société médicale de la Nouvelle-Écosse* et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. La *Société médicale de la Nouvelle-Écosse* est reconnue à titre de seule agente de négociation en faveur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de la *Société médicale de la Nouvelle-Écosse* et du ministère de la Santé discutent du financement global, des autres modalités et conditions et des améliorations que la Société médicale soumet compte tenu des restrictions financières de la province. Chaque entente négociée prévoit une clause d'arbitrage exécutoire en cas d'impasse (article 9) au cours d'un différend. L'entente-cadre actuelle, qui est en place depuis le 1er avril 2001 et qui prendra fin le 31 mars 2004, comporte un autre mode de règlement des différends.

L'entente établit la valeur unitaire accordée aux services médicaux et aborde diverses questions, notamment la rémunération des médecins de garde ou de rappel, le fonds des avantages sociaux des membres, le financement de l'Association canadienne de protection médicale et le financement de la stabilisation en milieu rural. La rémunération à l'acte demeure toujours le mode de paiement le plus courant pour les services médicaux, suivie des autres modes de rémunération. La rémunération horaire et la rémunération à la consultation figurent parmi les autres modes.

En 2001-2002, les paiements aux médecins de la Nouvelle-Écosse ont été de 221 133 176 $ pour les services rémunérés à l'acte. Le Ministère a versé 5 078 794 $ de plus pour des services médicaux rendus dans d'autres provinces et territoires du Canada.

Les taux de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et la *Dental Association of Nova Scotia*. Le processus de négociation de ces taux est semblable à celui des services de médecin. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente actuelle prendra fin le 31 mars 2004.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités des neuf autorités sanitaires de district (ASD), du Centre de santé IWK et d'organisations autres que des ASD. Les prévisions provinciales approuvées constituent la base sur laquelle sont fondés les paiements versés à ces organisations pour la prestation des ervices.

La *Health Authorities Act* a reçu l'assentiment royal le 8 juin 2000. Cette loi a créé les neuf autorités sanitaires de district qui remplacent les

anciennes autorités sanitaires régionales de la province. Ce changement est entré en vigueur en janvier 2001 en vertu du *District Health Authorities General Regulations*. La mise en place de conseils de santé communautaires en vertu du *Community Health Boards' Member Selection Regulations* est entrée en vigueur en avril 2001. Les ASD sont chargées (en vertu de l'article 20 de la Loi) de surveiller la prestation des services de santé dans leurs districts et sont pleinement responsables d'expliquer les décisions dans les plans de santé communautaire par le truchement des plans d'activités qu'ils soumettent au ministère de la Santé.

L'article 10 de la *Health Services and Insurance Act* et les articles 9 à 13 du *Hospital Insurance Regulations*, définissent les modalités de paiement par le ministre de la Santé des services hospitaliers assurés aux hôpitaux.

En 2001-2002, il y avait 2 982 lits d'hôpital (3,1 lits par 1 000 résidents) en Nouvelle-Écosse. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés sont passées à 926,8 millions de dollars. Le nombre total de radiations de tous les hôpitaux a légèrement diminué pour atteindre 200 395.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La *Health Services and Insurance Act, Revised Statutes of Nova Scotia*, chapitre 197, reconnaît la contribution versée par le gouvernement fédéral à la Nouvelle-Écosse relativement au coût des services hospitaliers assurés et des services de santé assurés fournis aux résidents de la province. Les résidents de la Nouvelle-Écosse sont au courant des négociations continues qui se déroulent entre les provinces et le gouvernement fédéral grâce aux communiqués de presse et à la couverture médiatique, et savent que le financement fédéral versé au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) contribue partiellement à la prestation des services médicaux assurés dans la province.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCSPS dans divers documents publiés, y compris les documents suivants diffusés en 2001-2002 :

- *Public Accounts 2000-2001*;
- *Budget Estimates 2001-2002* et *Budget Estimates 2002-2003*;
- *Department of Finance Year-End Forecast*.

7.0 Services complémentaires de santé

Les services indiqués ci-après, ne constituent pas des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Centres de soins infirmiers

En Nouvelle-Écosse, les centres de soins infirmiers fournissent principalement des soins de niveaux I et II aux aînés. Les soins de niveau I visent les résidents des centres de soins infirmiers qui requièrent des soins personnels et de l'aide pour effectuer leurs activités quotidiennes. Les soins de niveau II incluent ceux du niveau I, plus des soins infirmiers spécifiques. Les soins de niveau II augmentent de façon importante au fur et à mesure que la population vieillit. Le phénomène du vieillissement sur place s'entend des aînés de niveau I qui passent rapidement au niveau II.

Soins en établissement pour adultes

En Nouvelle-Écosse, les soins en établissement pour adultes continuent de relever du ministère des Services communautaires et ne sont pas considérés comme des services assurés aux fins de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Services de soins à domicile

Le programme *Home Care Nova Scotia* a été introduit en 1995. Ce programme permet aux aînés de rester plus longtemps dans leur domicile, ce qui retarde leur admission dans un

établissement de soins de longue durée. Le programme *Home Care Nova Scotia* fournit principalement des soins personnels au domicile des clients et des soins infirmiers, s'il y a lieu. Il comporte deux volets importants : les soins de longue durée et les soins actifs. Le premier volet compte pour environ 80 pour cent des clients, et le deuxième compte pour 15 à 20 pour cent des clients, ce qui permet d'obtenir des congés hâtifs de l'hôpital. Le programme englobe aussi un programme d'oxygénothérapie à domicile, lequel est encore en voie d'élaboration. D'autres éléments s'y ajouteront dans l'avenir : ergothérapie/physiothérapie; travail social; soins palliatifs; pédiatrie; autres services jugés nécessaires.

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a récemment mis en place un processus d'accès à entrée unique. Ce processus aide maintenant les résidents de la Nouvelle-Écosse à entrer en communication avec les services de soins à domicile, de placement dans des établissements de soins de longue durée et de protection des adultes par l'entremise d'un seul numéro de téléphone sans frais.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

En 2001 et 2002, des changements ont été apportés aux lois et aux règlements suivants :

- *Smoke-free Places Act*;
- *Atlantic Blue Cross Care Inc. Act*;
- *Licensed Practical Nurses Act*;
- *Registered Nurses Act*;
- *Optometry Act*;
- *District of Barrington Health Professionals Assistance Act*;
- *Healthcare Services Continuation (2001) Act*;
- *Pharmacy Act*;
- *Izaak Walton Killam - Grace Health Centre Act*

Listes des rapports et des documents administratifs qui décrivent le régime d'assurance-santé de la Nouvelle-Écosse, qui analysent ou évaluent le système de soins de santé pour l'exercice 2001-2002, ou qui ont été rendus publics pendant l'exercice 2001-2002 :

- *Department of Health 2001-2002 Business Plan*;
- *Report on Lead and Arsenic Testing in Sydney, N.S.*, novembre 2001;
- *The Economic Impact of Smoke-Free Workplace Legislation: An Assessment for Nova Scotia*, septembre 2001;
- *Tobacco Strategy for Nova Scotia, 2001*;
- *Nova Scotia's Nursing Strategy*, avril 2000;
- *Strengthening Primary Care in Nova Scotia Communities Initiative*;
- *Comprehensive Report on Injuries in Nova Scotia*, mai 2002;
- *Managing Osteoporosis: A Nova Scotia Approach*, juin 2002;
- *Medical Equipment List – Allocation of Final $15 million in Federal Funding*, juin 2002;
- *Performance Evaluation of Nova Scotia Emergency Health Services*, novembre 2001;
- *Submission to the Commission on the Future of Health Care in Canada (The Romanow Commission)*, avril 2002;
- *Province of Nova Scotia's Annual Accountability Report for the fiscal year 2000-01*;
- *Department of Health Annual Accountability Report, 2001-2002*;
- *Report of the Auditor General, 2001*

Liste des rapports reconnaissant la contribution du gouvernement fédéral fournie dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) :

- *Public Accounts, 2000-2001*
- *Nova Scotia Budget, 2001-2002*
- *Nova Scotia Budget, 2002-2003*
- *Fiscal 2001-2002 Forecast Update*
- *Fiscal 2002-2003 Forecast Update*

Nouveau-Brunswick

Introduction

Le Conseil de la qualité de la santé du premier ministre a été mis sur pied en janvier 2000. Il a pour mandat de formuler des recommandations au gouvernement sur le renouvellement du système de santé du Nouveau-Brunswick. Au printemps de 2001, un document de travail a été publié. Il avait pour objet d'ouvrir une discussion avec les Néo-Brunswickois concernant les meilleurs moyens de mettre en place un système de santé communautaire durable axé sur la personne. Le rapport final a été présenté au premier ministre en janvier 2002.

En conséquence, une nouvelle *Loi sur les régies régionales de la santé* est entrée en vigueur en avril 2002. Elle a établi huit régies régionales de la santé (RRS) responsables de la gestion et de la prestation des services de santé dans une région géographique déterminée et, avec autorisation, dans d'autres régions de la province. Cette Loi définit les pouvoirs et les obligations du Ministre ainsi que les pouvoirs les obligations et les responsabilités des RRS.

Chacune des RRS comprend un établissement régional de même qu'un certain nombre d'établissements plus petits, qui offrent tous des services de santé assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes. Chaque RRS regroupe d'autres établissements ou centres de santé sans lits désignés qui offrent un éventail de services aux personnes admissibles. Le Nouveau-Brunswick compte environ 750 000 habitants, dont 33 p. 100 sont francophones. Les RRS ont le mandat d'assurer des services à tous les segments de la population.

Il existe trois catégories générales de programmes hospitaliers. Elles ont été établies en fonction de la complexité des procédures et des traitements ainsi que de l'intensité en ressources. Ces programmes sont répartis de façon que le système soit aussi équitable que possible sur les plans clinique et financier. Des soins primaires sont offerts dans tous les établissements hospitaliers. Quant aux soins secondaires, qui sont des soins spécialisés reposant sur des procédures de diagnostic et des traitements plus sophistiqués et plus compliqués, ils sont en grande partie donnés dans les établissements de plus grande taille. Dans certains cas où les services sont encore plus spécialisés, telle la médecine nucléaire, les soins secondaires sont donnés dans les huit hôpitaux régionaux. Quant aux soins tertiaires, ils sont offerts uniquement dans quelques centres désignés et, dans certains cas, ces services peuvent être désignés des services provinciaux. À titre d'exemple, l'unité de chirurgie cardiaque située dans la région 2 (Saint John) a un mandat provincial.

Le 8 mai 2002, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a mis de l'avant un ensemble de mesures législatives afin de donner un rôle plus important aux infirmières et infirmiers, de façon à mettre pleinement leurs compétences et leur formation à contribution pour le traitement de la maladie et la promotion de la santé. La *Loi concernant les infirmières et les infirmiers et les infirmières et les infirmiers praticiens* est entrée en vigueur le 7 juin 2002. Une fois mises en œuvre, ces modifications réduiront les temps d'attente dans les cabinets des médecins et les urgences des hôpitaux.

À l'instar d'autres provinces et territoires, le Nouveau-Brunswick essaie d'assurer la durabilité de son système de santé. Les dépenses totales du ministère de la Santé et du Mieux-être représentent environ 28 p. 100 des dépenses totales du gouvernement. Le budget du Ministère a été augmenté dans une proportion supérieure au budget provincial global. En 2001-2002, les dépenses réelles du Ministère ont augmenté de 10,8 p. 100, alors que les dépenses de la province se sont accrues de 4,1 p. 100.

Le 1er avril 2001, le ministère de la Santé et du Mieux-être a lancé une « Stratégie des ressources en soins infirmiers pour le Nouveau-Brunswick » qui s'échelonnera sur une période de trois ans. Cette stratégie accroîtra la capacité des régies régionales de la santé à recruter du personnel infirmier et à le maintenir en poste.

En avril 2001, le Nouveau-Brunswick a adopté une stratégie de mieux-être. Les éléments clés qui serviront à orienter les mesures que nous

prendrons pour aider la population du Nouveau-Brunswick à demeurer en santé plus longtemps comprennent : la promotion de la santé et la prévention; les déterminants de la santé; le lien entre mieux-être et maladie; la responsabilité partagée; la collaboration et les partenariats; l'habilitation des collectivités; le leadership du gouvernement et la politique d'intérêt public favorisant la santé; les pratiques exemplaires, les preuves et la recherche; la mesure, la surveillance, le suivi des progrès et la présentation de rapports au public; la participation du public; l'engagement à long terme.

On trouve d'autres renseignements sur le site Web du gouvernement à l'adresse www.gnb.ca; le site comporte un lien avec le site du ministère de la Santé et du Mieux-être.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-santé est connue sous le nom de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, promulguée le 1er janvier 1971, et de son règlement d'application, le ministre de la Santé et du Mieux-être est l'instance publique responsable de la gestion et du fonctionnement du régime.

La *Loi* et son règlement précisent les critères d'admissibilité, les droits des prestataires et les responsabilités de l'autorité provinciale, lesquelles comprennent l'établissement d'un régime de services de santé et la définition des services assurés et non assurés. La *Loi* régit également les types d'accords que l'autorité provinciale peut conclure avec d'autres provinces ou territoires et avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour des services autorisés, le mode d'évaluation des comptes pour des services autorisés ainsi que les questions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, dans la mesure où elles sont liées à l'exécution de la *Loi*.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est responsable de l'établissement d'un régime de services médicaux en vertu duquel on détermine qui en sont les prestataires, quels services sont et ne sont pas couverts ainsi que les montants à payer pour les services autorisés. Dans le cadre de ce régime, le Ministre évalue et vérifie les factures présentées par les médecins par l'entremise d'inspecteurs qu'il a lui-même nommés et d'un comité de revue professionnelle, comme il est prévu aux articles 24(1) à 33 du règlement pris en application de la Loi sur le paiement des services médicaux. Le Ministre a également le pouvoir de recouvrer les coûts de services autorisés auprès d'une personne négligente.

1.2 Liens hiérarchiques

La Direction de l'assurance-maladie de la division de la Santé publique et des Services médicaux du ministère de la Santé et du Mieux-être est chargée de la gestion du régime. Le Ministre s'acquitte de son obligation de rendre compte, soit au moyen du rapport annuel du Ministère, soit dans le cadre des processus législatifs habituels.

En février 2000, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adopté un cadre pour la responsabilisation des corporations hospitalières régionales conformément aux indications données dans le document *Miser sur nos forces – Cadre d'action sur l'imputabilité des corporations hospitalières régionales*. Ce document décrit les rôles respectifs du Ministère et des régies régionales de la santé et établit le Comité de planification du système de régies régionales de la santé comme le principal mécanisme pour appuyer la responsabilisation des régies régionales de la santé.

1.3 Vérification des comptes

Trois groupes ont pour mandat de procéder à des vérifications du régime de services médicaux.

1. Vérificateur général

- En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général procède à la vérification externe des comptes de la province du Nouveau-Brunswick, laquelle

englobe les dossiers financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être. Pour l'exercice 2001-2002, toutes les transactions du Ministère ont été assujetties à la vérification. Ces procédures sont effectuées de façon systématique chaque année. À la suite de la vérification, le vérificateur général publie une lettre de recommandations ou un rapport pour signaler les erreurs relevées et les faiblesses du contrôle.

2. Bureau du contrôleur

- Le contrôleur est le vérificateur interne en chef de la province du Nouveau-Brunswick. Il est chargé de mener à bien les activités de vérification interne conformément aux responsabilités et aux pouvoirs que lui confère la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Dans le cadre d'une vérification interne, le contrôleur a pour mandat de couvrir tous les aspects suivants : vérification des affectations de crédit, vérification des systèmes d'information, vérification de l'optimisation des ressources et vérifications légales. Le travail de vérification accompli par le Bureau du contrôleur varie selon la nature de l'entité vérifiée. Aucun examen n'a été fait pendant l'exercice 2001-2002.

3. Vérification interne du ministère de la Santé et du Mieux-être

- Le groupe de vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à tous les niveaux de la gestion. Ce groupe est chargé de fournir à la direction de l'information sur l'adéquation et l'efficacité du système de contrôle interne et sur sa conformité à la *Loi* et aux politiques établies. Il procède à des vérifications des programmes et produit des rapports sur l'efficacité de ces derniers en regard de l'atteinte des objectifs du Ministère. Les examens des secteurs des programmes sont habituellement effectués de façon cyclique, chaque programme important faisant l'objet d'un examen une fois tous les trois ou quatre ans. Aucun examen de ces programmes n'a été effectué au cours de l'exercice 2001-2002.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont assujettis aux lois suivantes :

- *Loi sur les services hospitaliers* (1973) et son règlement 86-74. L'article 9 du règlement détermine les services autorisés;
- *Loi hospitalière*, sanctionnée le 20 mai 1992, et son règlement 92-84.

La *Loi* établit huit régies régionales de la santé (RRS). Chacune d'elles comprend un établissement régional et un certain nombre d'établissements plus petits qui offrent tous des services assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes. Chaque RRS regroupe d'autres établissements ou centres de santé sans lits désignés qui offrent un éventail de services aux personnes admissibles. L'annexe 1 de la présente section donne la liste des établissements des RRS classés selon leur type. Il est à remarquer que les établissements sont classés selon qu'ils comportent des lits pour soins actifs et qu'ils n'offrent pas de services aux patients hospitalisés.

En vertu du règlement 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers*, les résidents du Nouveau-Brunswick sont admissibles aux services hospitaliers assurés suivants :

(a) Les services internes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, notamment :

(i) le logement et les repas conformes à ceux d'une salle ordinaire;

(ii) les soins infirmiers nécessaires;

(iii) les actes de diagnostic, dont les services de laboratoire et de radiologie, de même que les interprétations nécessaires, en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité;

(iv) les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes ainsi qu'il est prévu à l'annexe 2;

(v) l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations anesthésiques, y compris le matériel et les fournitures nécessaires;

(vi) les fournitures chirurgicales courantes;

(vii) l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il y en a;

(viii) l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il y en a;

(ix) les services donnés par des personnes rémunérées par la régie régionale de la santé à cet égard.

(b) Les services externes dans un établissement hospitalier dirigé par une régie régionale de la santé agréée, notamment :

(i) les actes de diagnostic, dont les services de laboratoire, de même que les interprétations nécessaires, lorsque les personnes assurées sont adressées par un médecin et que les installations agréées sont disponibles;

(i.1) les actes de diagnostic, dont les services de laboratoire, de même que les interprétations nécessaires, lorsque les installations agréées sont disponibles, s'ils sont effectués pour les besoins d'un service de dépistage par mammographie approuvé par le Ministre,

(ii) les services externes offerts par l'hôpital, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et fournis dans la clinique externe d'une régie régionale de la santé agréée en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exception des services suivants :

(A) les médicaments brevetés;

(B) les médicaments que le malade emporte à la maison;

(C) les services de diagnostic donnés au profit de tierces parties tels que les employeurs et les compagnies d'assurance;

(D) les visites ayant pour seul objet l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de substances biologiques;

(E) tout service externe assuré au titre de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

2.2 Services médicaux assurés

La Loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés au Nouveau-Brunswick est la *Loi sur le paiement des services médicaux* (LPSM).

La LPSM a été sanctionnée le 6 décembre 1968. Le règlement 84-29 a été déposé le 13 février 1984, le règlement 93-143, le 26 juillet 1993, le règlement 96-113, le 29 novembre 1996, et le règlement 84-20 de l'annexe 4 (se rapportant aux services de chirurgie dentaire), le 13 avril 1999.

Aucun changement n'est entré en vigueur en 2001-2002.

Le régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick couvre les médecins qui fournissent des services médicalement nécessaires. Les conditions qu'un médecin doit remplir pour participer au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick sont les suivantes :

- être inscrit au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et être autorisé par le Collège à pratiquer;
- être membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
- détenir des privilèges dans une régie régionale de la santé;
- être signataire de l'entente des médecins participants.

Au 31 mars 2002, 1 353 médecins adhéraient à la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Les médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se retirer du régime pour l'ensemble des services ou pour certains d'entre eux. Les médecins qui ont opté pour le retrait ne sont pas payés directement par le régime d'assurance-maladie pour les services qu'ils donnent. Ils doivent facturer directement leurs patients dans tous les cas. Les patients ne sont pas admissibles à un remboursement de la part du régime d'assurance-maladie.

Les médecins ne peuvent pas se prévaloir de la disposition relative au retrait dans le cas d'une urgence ou pour la continuation de soins entrepris sous le couvert du régime. Si un médecin participant désire se retirer du régime pour un service particulier, il doit obtenir au préalable le consentement du patient à traiter

sans couverture, après quoi il peut facturer directement le patient pour les services donnés. Dans ces cas, le médecin doit toujours suivre la procédure expliquée ci-dessous :

Il doit aviser le patient à l'avance et respecter les dispositions suivantes :

a) Si les frais n'excèdent pas le tarif de l'assurance-maladie, le médecin doit remplir les formulaires de réclamation de l'assurance-maladie prescrits et indiquer le montant total exact exigé du patient. Le prestataire demande par la suite un remboursement en certifiant, sur le formulaire de réclamation, qu'il a bien reçu les services et en envoyant le formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie;

b) Si les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie, le médecin doit fournir les renseignements suivants au patient avant de donner les services :

   - ils se retirent du régime et les frais excèdent le tarif;
   - en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le prestataire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;
   - le patient a le droit de se procurer ces services auprès d'un autre médecin qui participe au régime.

Le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer celui-ci aux bureaux de l'assurance-maladie.

Au 31 mars 2002, aucun médecin offrant des services de santé n'avait choisi de se retirer du régime.

L'éventail des services autorisés par l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick comprend l'aspect médical de tous les services médicalement requis offerts par les médecins. Il comprend également certaines procédures de chirurgie dentaire lorsqu'elles sont pratiquées soit par un médecin, soit par un chirurgien dentiste dans un hôpital.

Toute personne, tout médecin ou le ministère de la Santé et du Mieux-être peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de nouveaux services, lequel est géré conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Ministère. La décision d'ajouter un service se fonde habituellement sur la notion de « nécessité médicale » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement acceptable (non expérimentale) au Nouveau-Brunswick et ailleurs au Canada. La notion de « nécessité médicale » s'applique aux services médicalement nécessaires pour maintenir la santé, prévenir les maladies et diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Seuls les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale peuvent fournir l'éventail des services de chirurgie dentaires couverts par l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services qui doivent, pour des raisons médicales, être donnés dans un hôpital et qui sont compris dans l'annexe 4 du règlement 84-20 (déposé le 23 juin 1998) de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. L'annexe 4 précise les services de chirurgie dentaire qui peuvent être fournis par un médecin qualifié dans un hôpital si l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital.

Pour participer au régime de services médicaux, les dentistes doivent être inscrits à la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et remplir l'entente des médecins participants (incluse dans le formulaire d'inscription à l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick -- services dentaires).

Il y a 52 dentistes inscrits au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, mais plusieurs d'entre eux ne fournissent pas de services assurés.

Les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins et ils doivent suivre les même lignes directrices. Le Ministère ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non participants au Nouveau-Brunswick.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services non assurés comprennent :

- les médicaments brevetés;
- les médicaments que le malade emporte à la maison;
- les services diagnostiques donnés au profit d'un tiers;
- les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques;
- le téléviseur ou le téléphone;
- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- les services hospitaliers directement associés aux services énumérés dans l'annexe 2 du règlement de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Les services offerts aux personnes admissibles à d'autres régimes d'assurance fédéraux, provinciaux ou territoriaux ne sont pas couverts.

Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la *Loi* et ses règlements, pour garantir que les frais perçus pour des produits ou des services médicaux non assurés (c.-à-d. des produits ou des services améliorés tels que des lentilles intra-oculaires, des pièces coulées en fibre de verre, etc.) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès raisonnable aux services assurés.

Services médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services énumérés à l'annexe 2 du règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont spécifiquement exclus de la gamme des services autorisés par le régime d'assurance-maladie. Ce sont :

a) la chirurgie plastique facultative ou autres services à fins esthétiques;

a.01) la correction d'un mamelon inverti;

a.02) l'élargissement des seins;

a.03) l'otoplastie pour les personnes de plus de dix-huit ans;

a.04) l'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles risquent de se cancériser;

a.1) l'avortement, sauf lorsqu'il est effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un établissement hospitalier approuvé par la juridiction où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;

a.2) l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement même de la cataracte, en raison de l'existence d'une maladie ou autre complication;

b) les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;

c) les vaccins, les sérums, les médicaments et les préparations biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du règlement 88-200 du Nouveau-Brunswick établi en vertu de la *Loi sur la santé*;

d) les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus dans le Cahier des tarifs;

e) l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce personne ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;

f) les services dentaires fournis par un médecin;

f.1) les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;

f.2) les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa f.1) ou relativement à ceux-ci;

h) le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;

i) les immunisations, les examens ou les certificats pour les besoins d'un voyage, d'un emploi, de l'émigration, de l'assurance ou faits à la demande d'une tierce personne;

j) les services donnés par des médecins aux membres de leur famille immédiate;

k) la psychanalyse;

l) l'électrocardiographie (E.C.G.) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;

m) les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;

n) la détermination de vices de réfraction;

n.1) les services offerts dans la province par des médecins ou des dentistes et dont les droits excèdent le montant payable en vertu du présent règlement;

o) l'ajustage et la fourniture de lunettes ou de lentilles de contact;

p) la chirurgie transsexuelle;

p.1) les services de radiologie offerts dans la province par une clinique privée de radiologie;

q) l'acupuncture;

r) un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale;

s) la circoncision des nouveau-nés;

t) l'inversion de vasectomies;

u) une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;

v) l'inversion d'une ligature des trompes;

w) l'insémination intra-utérine;

x) la gastroplastie ou le contournement de l'estomac;

y) la ponction veineuse effectuée pour les besoins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Tous les services dentaires qui ne sont pas spécifiquement énumérés dans l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services médicaux énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la correspondance du service à la définition de « nécessité médicale », sur l'examen des régimes de services de santé en place au pays et sur l'utilisation antérieure de ce service particulier. Une fois le retrait du service décidé, la *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule que le gouvernement ne peut apporter aucune modification au règlement avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou avant que le délai imparti à cette dernière, par le Ministre, pour fournir son avis et ses recommandations ne soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est remplie. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé par les médias. Aucune consultation publique n'est menée.

Aucun service médical ou de chirurgie dentaire n'a été supprimé de la liste des services assurés au cours de l'exercice 2001-2002.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et son règlement 84-20, articles 3 et 4, définissent l'admissibilité à l'assurance-maladie.

Les résidents doivent remplir une demande d'inscription à l'assurance-maladie et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne, de leur statut d'Autochtone, ou encore un permis d'immigration canadien valide. Un résident est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick, ce qui exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de la province.

Toute personne qui entre ou qui revient au Nouveau-Brunswick se voit imposer une période d'attente avant de devenir admissible au régime. La protection débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée. Une exception a été faite pour accorder une couverture dès le premier jour aux missionnaires de bonne foi qui étaient inscrits comme résidents du Nouveau-Brunswick au moment de leur départ du pays.

Les résidents qui ne sont pas admissibles sont les suivants :

- les membres réguliers des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada;
- les détenus sous responsabilité fédérale;

- les personnes déménageant temporairement au Nouveau-Brunswick;
- un membre d'une famille qui déménage d'une autre province au Nouveau-Brunswick avant les autres membres de sa famille;
- les personnes en provenance d'une autre province qui sont entrées au Nouveau-Brunswick dans le but de poursuivre leur formation et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de cette province;
- les non-Canadiens titulaires de certains types de permis d'immigration canadiens (par ex., un permis d'études).

Disposition prévue pour l'admissibilité :

- Les non-Canadiens qui détiennent un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture, sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident du Nouveau-Brunswick admissible.

Dispositions prévues lors du changement de statut :

- Les membres des Forces canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada ou les détenus sous responsabilité fédérale sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération ou de leur élargissement, s'ils résidaient au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande et indiquer la date officielle de la libération ou de l'élargissement ainsi qu'une preuve de citoyenneté.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Un prestataire qui souhaite devenir admissible au régime doit s'inscrire et inscrire toutes les personnes à sa charge âgées de moins de 19 ans en remplissant un formulaire fourni par les bureaux de l'assurance-maladie à cette fin, ou encore il doit être inscrit par une personne agissant en son nom.

Une fois la demande approuvée, le prestataire et les personnes à sa charge sont inscrits, et une carte d'assurance-maladie munie d'une date d'expiration est émise à chacun d'entre eux.

Un avis d'expiration comportant toute l'information familiale enregistrée à cette date dans les dossiers d'assurance-maladie est envoyé au prestataire deux ou trois mois avant la date d'expiration de la carte d'assurance-maladie. Un prestataire qui souhaite demeurer admissible au régime doit confirmer l'information qui figure sur l'avis d'expiration, apporter tous les changements pertinents, signer le formulaire et le renvoyer aux bureaux de l'assurance-maladie. Le dossier est mis à jour à la réception du formulaire rempli, et une nouvelle carte est émise, accompagnée d'une nouvelle date d'expiration.

À l'heure actuelle, au Nouveau-Brunswick, seules les personnes considérées comme admissibles sont effectivement inscrites.

Tous les membres de la famille, c'est-à-dire le prestataire, son conjoint et les personnes à charge de moins de 19 ans, doivent s'inscrire comme une unité familiale. Les résidents qui cohabitent sans être légalement mariés peuvent s'inscrire comme une unité familiale, s'ils en font la demande.

Au 31 mars 2002, 737 299 résidents étaient inscrits au régime.

Les résidents peuvent choisir de se retirer du régime. On leur demande alors de signifier leur intention par écrit. Ces renseignements sont ensuite ajoutés à leur dossier, et les prestations prennent fin. Au 31 mars 2002, seulement trois résidents avaient décidé de se retirer du régime.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-maladie sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident admissible du Nouveau-Brunswick et s'ils demeurent en possession d'un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir leur document d'immigration mis à jour. Environ 50 personnes étaient assurées dans ces conditions au cours de l'exercice 2001-2002.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Il y a une période d'attente de trois mois. La couverture prend effet le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement 84-20, articles 3(4) et 3(5) définit la transférabilité de l'assurance-santé lors d'un séjour temporaire au Canada.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans une autre province bénéficient d'une couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir de résidence à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie dans une autre province.

Les résidents temporairement employés dans une autre province ou territoire bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à douze mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

- ils ne doivent pas établir de résidence à l'extérieur de la province;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une couverture dans une autre province ou territoire;
- ils doivent avoir l'intention de revenir au Nouveau-Brunswick.

Lorsque les résidents s'absentent pour plus de douze mois, ils doivent demander une couverture dans la province ou le territoire où ils sont employés et ils devraient y être admissibles le premier jour du treizième mois.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des accords officiels avec toutes les provinces et les territoires pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des accords réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation des services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des patients du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, si les services sont assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation payée que soumet le patient est remboursée conformément aux règlements du Nouveau-Brunswick.

Sommes versées par le Nouveau-Brunswick aux autres provinces et territoires durant l'exercice 2001-2002 :

Services à des malades hospitalisés	Services à des malades externes	Services médicaux
19 110 500 $	5 261 500 $	8 257 500 $

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement 84-20, articles 3(4) et 3(5) définit la transférabilité de l'assurance-maladie durant des séjours temporaires à l'étranger.

Étudiants : Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie ailleurs.

Employés temporaires : Les résidents employés temporairement à l'extérieur du pays bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à douze mois, même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour une période plus longue, pourvu qu'ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur du pays. Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite une « approbation du directeur ». Cette approbation ne peut être accordée que pour une période n'excédant pas douze mois et une seule fois tous les trois ans. Les familles de ces résidents sont toujours couvertes par le régime si elles continuent de résider au Nouveau-Brunswick.

Exception applicable aux employés temporaires : Les employés mobiles sont des résidents dont les conditions d'emploi nécessitent qu'ils voyagent fréquemment à l'extérieur de la province. Il faut respecter certaines conditions pour être désigné employé mobile :

- la demande doit être soumise par écrit;
- il faut fournir de la documentation pour prouver son statut d'employé mobile, comme une lettre d'un employeur, une photocopie du permis d'immigration;
- la résidence permanente doit continuer d'être au Nouveau-Brunswick;
- il faut revenir au Nouveau-Brunswick pendant les périodes de temps libre.

La désignation d'employé mobile est assignée pour une période maximale de trois ans, après quoi le résident doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau la documentation pour confirmer son statut.

Une disposition spéciale assurant une couverture durant une période maximale de deux ans est prévue pour les enseignants du Nouveau-Brunswick qui travaillent en Louisiane.

L'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ne couvre, à l'extérieur du pays, que les services ambulatoires d'urgence, médicaux et hospitaliers, et les services aux malades hospitalisés qui en résultent. L'assurance-maladie paie les coûts des services médicaux associés aux interventions d'urgence au tarif en vigueur au Nouveau-Brunswick. Les frais d'établissement associés aux services médicaux sont, en monnaie canadienne, de 100 $ par jour pour un malade hospitalisé et de 50 $ par visite pour un malade externe.

L'assurance-maladie couvre les services fournis à l'étranger qui ne sont pas offerts au Canada, après approbation préalable seulement. Les résidents peuvent choisir d'obtenir, à l'étranger, des services non urgents; ceux qui reçoivent ces services assumeront toutefois la responsabilité de la totalité des coûts. En 2001-2002, le Nouveau-Brunswick a versé les sommes suivantes pour des services médicaux donnés à l'étranger :

Services à des malades hospitalisés	Services à des malades externes	Services médicaux
440 088 $	133 360 $	332 600 $

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les résidents du Nouveau-Brunswick peuvent être admissibles au remboursement de services médicaux non urgents fournis à l'étranger s'ils remplissent certaines conditions :

- le service requis n'est pas disponible au Canada;
- il est fourni dans un hôpital figurant dans la liste de l'édition actuelle de l'*American Hospital Association Guide to the Health Care Field* (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de santé, des réseaux, des alliances, des organisations de santé, des agences et des fournisseurs de soins);
- il est fourni par un médecin en titre;
- il constitue une méthode de traitement acceptée et reconnue par la communauté médicale et scientifiquement fondée; les procédures expérimentales ne sont pas couvertes.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander au préalable une approbation aux bureaux de l'assurance-maladie pour bénéficier d'une couverture. Le médecin, le patient ou un membre de sa famille doit demander au préalable une approbation pour recevoir ces services à l'étranger et fournir toute la documentation à l'appui.

Les services suivants font l'objet d'une exemption dans la politique de couverture à l'étranger :

- l'hémodialyse : les patients doivent obtenir une approbation au préalable, et l'assurance-maladie remboursera le résident à un tarif équivalant au tarif interprovincial;
- les tests d'allergie pour la sensibilité aux substances présentes dans l'environnement : tous les tests envoyés à l'extérieur du pays seront remboursés jusqu'à concurrence de 50 $ par jour, montant équivalant au coût d'une visite de malade externe.

Une approbation préalable est également nécessaire pour l'aiguillage des patients vers des hôpitaux et des centres psychiatriques situés à l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'entente de facturation réciproque. Une demande d'approbation préalable doit être envoyée par le médecin traitant.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Puisqu'il n'existe aucun ticket modérateur au Nouveau-Brunswick, tous les résidents ont un accès égal aux services de santé assurés.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le plan directeur du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick détermine le nombre de lits approuvés par corporation hospitalière régionale. Le tableau suivant indique le nombre de lits approuvés.

Nombre total de lits approuvés, en mars 2002

Type de lit		Nombre	Pourcentage
Non tertiaire	Soins actifs	2 878	72 %
	Soins analeptiques	397	10 %
	Toxicomanie	174	4 %
	CORCAN	2	0 %
	Anciens Combattants Canada	187	5 %
	Somme partielle	3 638	91 %
Tertiaire	Oncologie	80	2 %
	Chirurgie cardiaque	26	1 %
	Neurochirurgie	46	1 %
	Psychiatrie tertiaire	206	5 %
	Réadaptation tertiaire	20	0 %
	Somme partielle	378	9 %
Total pour la province		4 016	100 %

Tous les établissements qui offrent des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* possèdent l'équipement ou les systèmes médicaux, chirurgicaux, de réadaptation et de diagnostic correspondant au niveau de soins désigné. Au 31 mars 2002, la province était équipée de neuf tomodensitomètres, un pour chacune des huit régies régionales de la santé et une unité supplémentaire pour la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (région 2). La province possédait également deux appareils d'imagerie par résonance magnétique mobiles de même que trois systèmes d'imagerie par résonance magnétique à un endroit fixe.

Au cours de l'exercice 2001-2002, on a mis en œuvre les initiatives suivantes dans le but d'améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés au Nouveau-Brunswick :

- l'introduction de deux systèmes d'IRM à endroit fixe dans les régies régionales de la santé 1 (Beauséjour) et 2 (Saint John);
- l'établissement d'un service mobile dans les régions 5, 6 et 7.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Au total, 689 médecins de famille, 799 spécialistes, cinq dentistes, deux orthodontistes ainsi que cinq chirurgiens stomatologistes offraient des services assurés au Nouveau-Brunswick pendant l'exercice 2001-2002.

Au cours de l'exercice 2001-2002, le Ministère a continué ses travaux sur la stratégie de recrutement et de maintien en poste annoncée en 1999-2000, qui a pour but d'attirer de nouveaux médecins de famille et des spécialistes nouvellement autorisés. Cette stratégie comportait notamment les éléments suivants : l'établissement d'un fonds d'urgence visant à permettre au Ministère de mieux exploiter les possibilités de recrutement; la création de primes d'emplacement de 25 000 $ pour les médecins de famille et de 40 000 $ pour les spécialistes qui souhaitent exercer leur profession dans des régions où le recrutement est difficile; la création de cinq places supplémentaires à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke (septembre 2002); l'accroissement de l'engagement du gouvernement à l'égard des études supérieures des médecins de famille; le maintien à 30 le nombre de places au programme de préceptorat d'été en milieu rural des étudiants en médecine; le déploiement d'efforts visant à obtenir pour les médecins la parité salariale relative avec les médecins des autres provinces de l'Atlantique.

5.4 Rémunération des médecins

Un accord préliminaire a été conclu pour les médecins rémunérés à l'acte. Cet accord prévoit une augmentation de 15 p. 100 sur une période de trois ans (de 2002-2003 à 2004-2005). Les discussions se poursuivent pour régler les détails de l'accord.

Aucun processus de négociation officiel n'est prévu pour les dentistes.

Les règlements 84-20, 93-143 et 96-113 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* régissent les paiements aux médecins et aux dentistes.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la prestation de services de santé assurés sont multiples : rémunération à l'acte, salaire, rémunération de section ou autres modes de rémunération qui peuvent aussi être mixtes.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les principales lois qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit leur financement.

Au cours de l'exercice 2001-2002, aucune modification n'a été apportée au processus de paiement aux hôpitaux.

Le Ministère utilise deux éléments de la *Loi* pour distribuer les fonds disponibles aux régies régionales de la santé.

Le principal élément se fonde sur le « niveau de service actuel ». Il vise cinq services de soins aux patients :

- les services tertiaires (cardiologie, dialyse, oncologie);
- les services psychiatriques (unités et établissements psychiatriques);
- les programmes spécialisés (p. ex., services de toxicomanie);
- les services communautaires (programmes *extra-muros*, centres de santé);
- les soins généraux aux malades.

S'ajoutent à ces services des services de soutien qui ne concernent pas les soins aux malades (p. ex., administration générale, buanderie, alimentation, alimentation en énergie).

L'approche axée sur le niveau de service actuel établit des budgets de base pour les huit régies régionales de la santé pour les programmes et les services susmentionnés. Ces budgets sont assortis de mesures pour les volumes de population et de services. Les budgets de base sont ensuite redressés chaque année afin de tenir compte de l'inflation et d'autres facteurs tels que les salaires de base négociés à l'échelle de la province.

Pendant l'exercice 2000-2001, on a amélioré la formule de répartition des fonds fondée sur la

population. Cette méthode vise à prévoir la répartition appropriée des fonds disponibles pour les RRS selon les caractéristiques démographiques de la population et les parts de marché que représentent les volumes de patients, les cas étant mesurés par pondération du volume des ressources. À l'heure actuelle, cette méthode convient mieux aux volumes de malades hospitalisés en raison de l'absence de méthodes de répartition par groupes et de pondération applicables aux volumes de malades externes, notamment pour les services ambulatoires externes tels que l'oncologie et l'hémodialyse.

Le processus budgétaire actuel peut s'étendre sur plus d'un exercice et comporter plusieurs étapes. Chaque année, au mois de janvier, les RRS fournissent au Ministère leurs données touchant l'utilisation ainsi que leurs projections quant aux recettes pour l'année financière suivante; elles fournissent également leurs données touchant l'utilisation réelle et leurs données quant aux recettes pour les neuf premiers mois de l'exercice en cours. Ces chiffres, ainsi que les états financiers vérifiés des deux années précédentes, permettent d'évaluer les niveaux de financement prévus pour chaque RRS.

Des modifications sont apportées au budget pendant l'année afin de permettre certains rajustements des programmes et services pertinents, de façon récurrente ou non. Le processus de règlement de fin d'exercice permet de rapprocher le budget annuel total approuvé pour chaque RRS en fonction de ses états financiers vérifiés, ainsi que des revenus et les dépenses budgétés par rapport aux recettes et aux dépenses réelles.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La province reconnaît invariablement le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, par l'intermédiaire des documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. En font notamment partie les documents suivants :

- les documents budgétaires présentés par le ministre des Finances le 26 mars 2002;
- les comptes publics présentés par le ministre des Finances le 5 décembre 2001;
- le budget principal des dépenses présenté par le ministre des Finances du Nouveau-Brunswick le 26 mars 2002.

Le Nouveau-Brunswick ne produit pas de documents de promotion sur ses prestations d'assurance-maladie ou d'assurance-hospitalisation.

7.0 Services complémentaires de santé

Le Programme de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick, service non assuré, a été transféré au ministère des Services familiaux et communautaires le 1er avril 2000. Les soins en foyer de soins infirmiers sont donnés dans le cadre du Programme des Services de foyers de soins du ministère des Services familiaux et communautaires. D'autres services en établissement sont offerts par diverses agences et sont assurés grâce à d'autres sources de financement.

Services résidentiels et complémentaires

Le tableau qui suit donne la liste des services en établissement et les services de soins prolongés offerts au Nouveau-Brunswick au 31 mars 2002. Les foyers de soins sont des organismes privés à but non lucratif, à l'exception d'un seul, qui appartient à la province. Pour y être admis, les clients doivent se soumettre à un processus d'évaluation fondé sur des critères précis touchant leur état de santé.

Les établissements résidentiels pour adultes sont, pour la plupart, des établissements privés à but lucratif. Le nombre de lits disponibles varie constamment avec l'ouverture ou la fermeture de résidences par les propriétaires. Les clients y sont admis après avoir subi le même processus d'évaluation que dans les foyers de soins infirmiers.

Les logements subventionnés sont réservés aux personnes âgées à faible revenu. Les critères d'admission sont exclusivement fondés sur l'âge et sur la situation financière des clients. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada offrent des services dans certaines unités.

Disponibilité des soins résidentiels et complémentaires

Service	Nombre d'unités ou de lits
Lits en foyers de soins	4 140
Établissements résidentiels pour adultes* (lits)	5 341
Logements subventionnés (unités)	2 088
Total pour la province	11 569

* Comprend les foyers de soins spéciaux et les résidences communautaires.

Soins ambulatoires

Au Nouveau-Brunswick, les soins ambulatoires comprennent les soins donnés dans les salles d'urgence des hôpitaux, les soins de jour et de nuit fournis à l'hôpital et les soins offerts dans les cliniques pourvu qu'ils le soient dans les établissements hospitaliers et les centres de santé. Selon le régime de services hospitaliers, les soins ambulatoires constituent un service assuré.

Programme *extra-muros*

Le Programme *extra-muros* du Nouveau-Brunswick, également désigné sous le nom d'hôpital à la maison, est un programme de traitement actif dans le cadre duquel des soins actifs, des soins palliatifs et des soins de longue durée sont fournis dans la collectivité (par ex., à domicile, dans des foyers de soins ou dans des écoles publiques). Depuis 1996, les huit régies régionales de la santé se sont chargées de la mise en œuvre du Programme *extra-muros*. Parmi les fournisseurs de soins, mentionnons des infirmières et infirmiers, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des diététistes, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes. Le service est considéré comme un service assuré par le régime de services hospitaliers.

Annexe 1 : Établissements hospitaliers du Nouveau-Brunswick, en 2002

Régie régionale de la santé	Établissements fournissant des services de santé assurés *(localité)*	Autres établissements et centres de santé *(localité)*
Régie régionale de la santé 1 (sud-est)	The Albert County Hospital Inc. *(Albert)* The Moncton Hospital *(Moncton)* The Sackville Memorial Hospital *(Sackville)*	Petitcodiac Health Centre *(Petitcodiac)* Health Services, Rexton *(Rexton)*
Régie régionale de la santé 1 (Beauséjour)	Hôpital Docteur Georges L. Dumont *(Moncton)* L'Hôpital Stella Maris de Kent *(Sainte-Anne-de-Kent)*	Centre médical régional de Shédiac *(Shédiac)*
Régie régionale de la santé 2	Saint John Regional Hospital Facility *(Saint John)* The Charlotte County Hospital Facility *(St. Stephen)* Sussex Health Centre Facility *(Sussex)* St. Joseph's Hospital Facility *(Saint John)* The Grand Manan Hospital Limited Facility *(Grand Manan Island)* Centracare Saint John Inc.* *(Saint John)*	Campobello Health Centre Facility *(Campobello Island)* Deer Island Health Centre Facility *(Deer Island)* Fundy Hospital Association Limited Facility *(Black's Harbour)*
Régie régionale de la santé 3	Northern Carleton Hospital *(Bath)* Queens North Health Complex *(Minto)* Oromocto Public Hospital *(Oromocto)* L'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Perth-Andover Inc. *(Perth-Andover)* Dr. Everett Chalmers Hospital *(Fredericton)* The Tobique Valley Hospital *(Plaster Rock)* Stan Cassidy Centre for Rehabilitation* *(Fredericton)* The Carleton Memorial Hospital *(Woodstock)*	MacLean Memorial Hospital *(McAdam)* Chipman Health Services Centre *(Chipman)* Upper Miramichi Health Services Centre *(Doaktown)* Upper Miramichi Health Services Centre *(Boiestown)* Stanley Health Services Centre *(Stanley)* Fredericton Junction Health Services Centre *(Fredericton Junction)* Harvey Community Hospital *(Harvey Station)*
Régie régionale de la santé 4	L'Hôpital régional d'Edmundston *(Edmundston)* Grand Falls General Hospital Inc. *(Grand Falls)* L'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin Inc. *(Saint-Quentin)*	Centre de santé de Ste Anne de Madawaska *(Sainte-Anne-de-Madawaska)*
Régie régionale de la santé 5	L'Hôpital régional de Campbellton *(Campbellton)* Restigouche Hospital Centre Inc.* *(Campbellton)* L'Hôpital St. Joseph de Dalhousie *(Dalhousie)*	Centre de santé de Jacquet River *(Belledune)*
Régie régionale de la santé 6	L'Hôpital régional Chaleur *(Bathurst)* Centre hospitalier de l'Enfant-Jésus inc. *(Caraquet)* Centre hospitalier de Lamèque *(Lamèque)* Centre hospitalier de Tracadie *(Tracadie)*	Centre de santé de Paquetville *(Paquetville)* Centre de santé de Chaleur *(Pointe Verte)*
Régie régionale de la santé 7	Miramichi Regional Facility *(Miramichi)*	Baie Ste. Anne Health Centre *(Baie Ste-Anne)* Neguac Health Centre *(Neguac)* Blackville Health Centre *(Blackville)* Rogersville Health Centre *(Rogersville)*

Remarques :
1. Les services de santé assurés sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*.
2. Les services en toxicomanie, les unités pour les anciens combattants et les unités du Programme extra-muros ne sont pas mentionnés dans cette liste.

* indique qu'il s'agit d'un centre tertiaire provincial.

Québec

Énoncé du Québec

Dans le présent rapport, les renseignements relatifs au Québec sont présentés de la même manière que dans les précédents rapports annuels préparés par Santé Canada pour répondre, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, aux exigences de cette législation.

Le gouvernement du Québec, en vertu de sa compétence constitutionnelle en matière de santé, rend des comptes à l'Assemblée nationale et aux citoyens québécois sur sa gestion des services de santé. À cette fin, il rend publics, de façon régulière, divers documents et rapports traitant, notamment, de l'état de santé de la population, de la satisfaction des patients et de l'organisation des services de santé et des services sociaux sur son territoire. La plupart de ces documents sont disponibles dans les sites Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec <www.msss.gouv.qc.ca> et de la Régie de l'assurance maladie du Québec <www.ramq.gouv.qc.ca>.

Réponse du gouvernement fédéral au Québec

La ministre fédérale de la Santé est responsable au Parlement et aux Canadiens pour la surveillance de la conformité des provinces et des territoires par rapport à la *Loi canadienne sur la santé*. L'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé* exige qu'un rapport annuel au Parlement soit établi, au plus tard le 31 décembre de chaque année, sur l'administration de cette loi au cours du précédent exercice. Ce rapport annuel doit inclure « [...] tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi. » Pour remplir cette obligation statutaire, la ministre de la Santé doit obtenir l'information directement des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires.

En 1999, le vérificateur général du Canada a fait la recommandation suivante : « Dans ses rapports annuels au Parlement, Santé Canada devrait préciser dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*. Lorsque le Ministère n'inclut pas cette information dans ses rapports, il devrait expliquer clairement la raison de cette absence. » Pour faire suite à cette recommandation portant sur l'amélioration des activités de surveillance et d'application de la *Loi canadienne sur la santé*, Santé Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, a élaboré en 2000 et en 2001 une présentation normalisée pour le *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*. Il en a aussi élargi le contenu afin que les lecteurs puissent mieux déterminer la mesure dans laquelle les provinces et les territoires se conforment à cette Loi.

Santé Canada a informé toutes les provinces et tous les territoires des modifications à apporter à la présentation et au contenu du rapport, dont l'ajout d'une annexe statistique permettant de situer dans un contexte quantitatif l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Ministère a offert aux autorités provinciales et territoriales soutien et conseils techniques pour la préparation de leurs documents en organisant de nombreuses téléconférences et réunions multilatérales. Toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec, ont accepté d'apporter ces modifications.

Le gouvernement fédéral n'est pas convaincu que le Québec fournit suffisamment d'information pour permettre une évaluation efficace de la conformité de la province aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et l'application des recommandations du vérificateur général du Canada. Le gouvernement fédéral continuera à collaborer avec le Québec afin que cette information soit disponible et, par le fait même, qu'il puisse démontrer la conformité de la province à la Loi.

Québec

Gestion publique

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers, certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (anciens centres hospitaliers de soins de longue durée)[1] et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Le traitement des maladies physiques et mentales est assumé par les centres hospitaliers et par certains centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers, tandis que les services assurés de consultation externe sont principalement dispensés dans les centres d'hébergement et dans les CLSC.

[1] Depuis le 1er octobre 1992, les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'hébergement font partie d'une seule catégorie d'établissements (centres d'hébergement et de soins de longue durée—CHSLD) sans que leur mission spécifique ne soit modifiée pour autant.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie, de radiologie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie de moindre importance (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux; l'ablation de dent ou de racine lorsque l'état de santé du bénéficiaire nécessite des services hospitaliers.
Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation *in vitro*; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Régime de soins médicaux

Les services assurés par ce régime comprennent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins; les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés :

- tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie;
- la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- tout service dispensé à des fins purement esthétiques;
- toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométropie de plus de 5,00 dioptries, mesurées au plan cornéen;
- toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance;
- tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants;
- tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas;
- toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance;
- tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins;
- tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme;
- tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
- toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas;
- tous les actes d'acupuncture;
- l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion;
- la thermographie, la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le Ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an;
- la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier;
- l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet;
- tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d'un service de radiologie, s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste;
- tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet;
- tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation, pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* et les prestataires d'assistance-emploi, les services optométriques; les services dentaires pour les enfants et les prestataires d'assistance-emploi, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires d'assistance-emploi; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres équipements qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1er janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires d'assistance-emploi et personnes âgées de 65 ans ou plus), les personnes qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance-médicaments. Le régime d'assurance médicaments couvre 3,2 millions de personnes assurées.

Universalité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie pour être admissible aux programmes d'assurance maladie. Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résidant du Québec dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives. Les fonctionnaires du gouvernement du Québec, les employés d'un organisme sans but lucratif dont le siège social est au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme d'aide ou de coopération reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les conjoints et les personnes à charge de l'une ou l'autre de ces personnes maintiennent leur statut d'habitant de la province pourvu qu'ils avisent la Régie de leur absence.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province pour y chercher ou y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat. Leur statut de résidant peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec pour le compte d'une société dont le siège social est au Québec ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Maintiennent également leur statut d'habitant de la province les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles en avisent la Régie.

Certaines catégories de résidants, notamment les résidants permanents au sens de la *Loi sur l'immigration* et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada deviennent admissibles au régime après un délai d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois. Les personnes qui reçoivent des prestations d'aide financière de derniers recours deviennent admissibles dès leur inscription. Les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis la qualité d'habitants du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est fournie aux travailleurs saisonniers, aux Canadiens rapatriés, aux ressortissants étrangers qui séjournent au Québec en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages dans le cadre d'un programme officiel du ministère de l'Éducation, ainsi qu'aux réfugiés. Les ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de six mois deviennent admissibles au régime après un délai d'attente.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance-hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au taux établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou territoire d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1er novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre hospitalier d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services offerts dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec paie l'hôpital ontarien au tarif moyen des centres spécialisés de l'Outaouais.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services spécialisés fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de North Bay.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Depuis le 1er septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 $CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 $CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 $CA par traitement. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés. Les services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger, les missionnaires et les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 p. 100 dans les autres cas.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Les bénéficiaires qui doivent recevoir à l'étranger des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 p. 100 avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service hospitalier en question est offert au Québec ou au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès le jour de son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

Au 31 mars 2002, le Québec comptait 125 établissements ayant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 21 819 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée, au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y eu entre le 1er avril 2000 et le 31 mars 2001[2] près de 725 700 admissions pour des séjours de courte durée et près de 283 000 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations et inscriptions ont représenté plus de 5 554 614 jours d'hospitalisation.

Paiements aux centres hospitaliers

Le financement d'un centre hospitalier par le ministre de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 2000-2001[2] aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 6 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 75 millions $.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

[2] La dernière année pour laquelle ces données sont disponibles.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire ou les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

En 2001-2002, la Régie a versé un montant évalué à 2731,3 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,4 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile sont offerts. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont fondées sur un outil d'évaluation unique. Les CLSC reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou orientent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, les services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

Ontario

Introduction

L'Ontario est doté d'un des systèmes de santé financés par l'État les plus complexes au monde qui est administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO).

Le MSSLDO a pour responsabilité de fournir des services au public ontarien par l'entremise de programmes tels que le régime d'assurance-santé, le régime d'assurance-médicaments, des appareils et des accessoires fonctionnels, des soins aux personnes souffrant de troubles psychiques, des soins à domicile, des services de soutien communautaire, de santé publique et des services de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le ministère est également responsable de la réglementation et du financement touchant les hôpitaux et les établissements de longue durée (les établissements de soins infirmiers et pour personnes âgées); gère les hôpitaux psychiatriques et les laboratoires médicaux et coordonne les services de santé d'urgence.

En 2001-2002, la santé et un système de soins de santé accessible, responsable et de qualité pour la population de l'Ontario ont été parmi les priorités du gouvernement de l'Ontario. Le transfert au MSSLDO le plus important de l'histoire de la province, soit 23,7 milliards de dollars, témoigne de ces priorités.

En janvier 2002, l'Ontario a publié les résultats du dialogue public sur les soins de santé, une des plus importante consultation quantitative entreprise dans cette province. Plus de 400 000 foyers ont répondu au questionnaire envoyé à plus de 4 millions de foyers en Ontario, plus de trois fois le nombre habituel pour un projet de publipostage direct du gouvernement.

Grâce au dialogue public, les Ontariens ont dit au gouvernement qu'ils veulent que leur système de soins de santé universel à une vitesse et financé par l'État soit soutenu et amélioré. Quatre domaines de priorité quant à l'amélioration ont été mis en évidence :

- Augmentation du nombre de médecins et d'infirmières dans le système;
- Réduction des listes d'attente;
- Amélioration de l'accès aux outils de diagnostic précoce pour déceler les maladies plus rapidement;
- Réorienter le système de soins de santé afin de situer la population au premier plan.

Les quatre priorités sont au coeur des efforts du gouvernement de l'Ontario en ce qui concerne la réforme du système de soins de santé de la province.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) est sans but lucratif et est administré par le MSSLDO.

Il a été établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* (Lois refondues de l'Ontario, 1990, c. H-6) pour offrir une assurance sur les coûts des services assurés offerts dans les hôpitaux et les établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

Au cours de l'exercice 2001-2002, aucune modification n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-santé* ou à la réglementation connexe de manière à modifier le nom ou le pouvoir public du régime.

1.2 Liens hiérarchiques

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario est administré par le MSSLDO qui présente régulièrement des rapports au public. Par exemples, comme activité principale, les activités associées à l'assurance-santé de l'Ontarion font partie du plan d'activités annuel du MSSLDO.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur de la province procède à une vérification annuelle du MSSLDO. Le rapport annuel de 2002 du vérificateur provincial, publié le 3 décembre 2002, a examiné les dépenses du MSSLDO dans le domaine des services communautaires en santé mentale et des activités des établissements de soins de longue durée.

Les comptes et les transactions du MSSLDO sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2001-2002 ont été diffusés le 7 novembre 2002.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et son Règlement 552 régissent les services hospitaliers assurés en Ontario. La loi et le règlement définissent les services assurés à l'égard des malades hospitalisés et des malades externes.

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés comprennent :

- l'hébergement dans une unité de soins commune et les repas;
- les services infirmiers nécessaires;
- les procédures de laboratoire, de radiologie et les autres procédures de diagnostic;
- les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des facilités anesthésiques.

Les services assurés fournis aux malades externes comprennent :

- les procédures de laboratoire, de radiologie et les autres procédures de diagnostic;
- l'utilisation des installations de radiothérapie, de ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles;
- l'utilisation des services de conseil diététique;
- l'utilisation de l'équipement, des fournitures et de la médication associés à la dialyse rénale à domicile et à la suralimentation à domicile;
- l'équipement, les fournitures et la médication fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison;
- la cyclosporine fournie aux patients greffés;
- la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine fournies aux patients infectés par le VIH;
- les hormones de croissance humaines biosynthétiques fournies aux patients souffrant de déficience en hormones de croissance endogènes;
- les médicaments destinés au traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie;
- l'érythropoïétine fournie aux patients souffrant d'anémie à la phase terminale d'une maladie rénale;
- l'alglucérase administrée aux patients souffrant de la maladie de Gaucher;
- la clozapine fournie aux patients souffrant d'une forme de schizophrénie résistante au traitement;
- l'administration d'un vaccin antirabique.

Outre les services hospitaliers assurés, l'Ontario offre toute une gamme de services, notamment de services de longue durée, des services de santé mentale, dont l'exploitation d'hôpitaux psychiatriques provinciaux, l'élément résidentiel du Programme des foyers de soins spéciaux, les services d'ambulanciers (par voie aérienne et terrestre) dotés d'un élément de co-paiement par le patient, les traitements dentaires pour les patients souffrant d'une fissure labiale et/ou d'une fente palatine inscrits à une clinique désignée, et le financement pour un Programme de dépistage du cancer du sein, etc.

Les hôpitaux publics de l'Ontario sont soumis à la *Loi sur les hôpitaux publics*, laquelle comprend le Règlement 964 sur la classification des hôpitaux et le Règlement 965 sur la gestion des hôpitaux.

En 2001-2002, il y avait 154 hôpitaux publics (excluant les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux privés, les hôpitaux psychiatriques provinciaux, les hôpitaux fédéraux et les établissements de longue durée) en opération en Ontario. Ils comprennent 139 hôpitaux de soins actifs, 11 hôpitaux pour malades chroniques et 4 unités de réadaptation générale et spécialisée. Les établissements sont catégorisés par activité principale, même s'ils offrent divers services hospitaliers. Par exemple, bon nombre d'hôpitaux de soins actifs offrent des services de soins pour malades chroniques, tout comme bon nombre d'établissements pour malades chroniques offrent aussi des services de réadaptation. Les hôpitaux publics peuvent être agréés par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).

Lorsque des services médicaux assurés sont fournis dans les installations agréées autres que les hôpitaux, et lorsque les coûts totaux des services assurés ne sont pas inclus dans les frais médicaux payés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO offre un financement des frais d'établissement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les frais d'établissement comprennent le coût des installations, de l'équipement, des fournitures et du personnel utilisés pour offrir un service assuré, lorsque ces coûts ne sont pas inclus dans les frais du médecin. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, les frais d'établissement aux patients sont interdits.

Seuls les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* peuvent facturer les frais d'établissement au gouvernement. Ces établissements agréés comprennent des établissements de traitement et de chirurgie (où se font des avortements, des chirurgies de la cataracte, des dialyses, des chirurgies plastiques, etc.) et des établissements de diagnostic (où l'on offre des services de radiographie, d'ultrasons, de médecine nucléaire, des études du sommeil et des études fonctionnelles respiratoires). Les nouveaux établissements sont habituellement fondés à la suite d'un processus de demandes de propositions basé sur une évaluation du besoin envers le service en question.

2.2 Services médicaux assurés

En vertu du paragraphe 37(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, un service rendu par un médecin en Ontario est assuré s'il est médicalement nécessaire et est inclus dans le barème des prestations et est fourni dans des circonstances ou conditions spécifiées dans le barème des prestations.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est l'organisme qui autorise les médecins à pratiquer la médecine en Ontario. Environ 23 100 médecins inscrits peuvent soumettre des réclamations au régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Les médecins peuvent soumettre les réclamations pour tous les services assurés fournis à des personnes assurées, directement au régime d'assurance-santé de l'Ontario conformément à l'article 15, ou ils peuvent facturer la personne assurée tel qu'énoncé à l'article 17 de la *Loi sur l'assurance-santé* (voir également la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*). Les médecins qui ne facturent pas directement le régime d'assurance-santé de l'Ontario sont habituellement désignés comme « exclus ». Lorsqu'un médecin a choisi d'être exclu, il facture le patient (pas plus que le montant payable pour le service selon le barème des prestations), et le patient a ensuite droit à un remboursement du régime d'assurance-santé de l'Ontario. Le pourcentage de médecins qui se sont prévalus de cette disposition est tombé à moins d'un pour cent depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*, en 1986.

Les services médicaux assurés fournis dans les établissements de santé, les bureaux de médecins ou au domicile du patient sont détaillés dans le barème des prestations, selon le Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario. En termes généraux, ils comprennent :

- le diagnostic et le traitement des déficiences et conditions médicales;
- les examens et les tests médicaux;
- les procédures chirurgicales;
- les services de maternité;
- l'anesthésie;

- la radiologie et les services de laboratoire offerts dans des établissements approuvés;
- les vaccinations, les injections et les tests.

Des services peuvent être ajoutés ou retirés (désassurés) du barème des prestations relatif aux services médicaux par l'adoption d'un règlement sur recommandation du Comité tarifaire central de *l'Association médicale de l'Ontario* en consultation avec des représentants du MSSLDO. Le groupe de travail sur le barème des prestations, lequel est composé de membres de *l'Association médicale de l'Ontario* et de représentants du MSSLDO, examinent et révisent régulièrement le barème des prestations de manière à ce qu'il reflète la pratique actuelle de la médecine et la nouvelle technologie. Des consultations publiques peuvent également être tenues.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En 2001-2002, le nombre de dentistes et de chirurgiens stomatologistes qui ont fourni des services assurés s'établissait à environ 320.

Les services hospitaliers de chirurgie dentaire assurés qui, par nécessité médicale, doivent être effectuées à l'hôpital et qui sont prescrits par l'article 16 et les annexes 13, 14 et 15 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario, comprennent les services suivants :

- le traitement des blessures traumatiques;
- les incisions chirurgicales;
- l'excision des tumeurs et des kystes;
- le traitement des fractures;
- les allogreffes;
- les implants;
- les reconstructions alloplastiques;
- toutes les autres pratiques dentaires spécifiées.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements sont assurés. Tous les autres services ne sont pas assurés. L'article 24 du Règlement 552 renferme une liste non exhaustive des services qui sont désignés comme non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- les frais supplémentaires reliés aux installations préférées, sauf si approuvé par un médecin, un chirurgien buccal et maxillo-facial ou une sage-femme;
- le téléphone et la télévision;
- les frais associés aux services d'une infirmière particulière;
- les chirurgies à caractère esthétique, dans la plupart des circonstances;
- la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions;
- les visites à l'hôpital (à l'intérieur de la province) ayant pour seul but l'administration de médicaments, avec certaines exceptions.

Les services médicaux non assurés comprennent :

- les services non nécessaires sur le plan médical;
- les déplacements pour rendre visite à une personne assurée à l'extérieur de la zone de pratique;
- les frais d'appels interurbains;
- la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que le médicament, l'antigène ou l'antisérum est utilisé pour faciliter la procédure;
- les conseils donnés par téléphone à une personne assurée ou à une personne qui la représente;
- les entrevues ou les conférences au sujet d'un cas, selon certaines circonstances;
- la préparation et la transmission des dossiers à la demande de la personne assurée.

- les services dispensés totalement ou en partie pour la production ou l'achèvement d'un document ou la transmission d'information à un tiers dans des circonstances spécifiées;
- la production ou l'achèvement d'un document ou la transmission d'information à toute personne autre que la personne assurée, dans des circonstances spécifiées;
- la fourniture d'une ordonnance sans qu'un service concomitant ne soit rendu;
- la chirurgie à caractère esthétique;
- les pratiques d'acuponcture;
- les tests psychologiques;
- les programmes de dépistage en groupe; et
- les programmes de recherche et d'enquêtes.

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive et peut laisser place à des exceptions (pour obtenir de plus amples renseignements, voir l'article 24 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, le barème des prestations relatif aux services médicaux et l'article 11.2 de la *Loi sur l'assurance-santé*).

En outre, l'article 11.2(2) de la *Loi sur l'assurance-santé* stipule que les services auxquels une personne est admissible en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, de 1997, de la *Loi sur les foyers de soins spéciaux* ou de toute loi promulguée par le Parlement du Canada, à l'exception de la *Loi canadienne sur la santé*, ne sont pas des services assurés.

Les demandes de services formulées par des tiers ne sont généralement pas assurées par le régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Selon la politique de l'assurance-santé de l'Ontario, les produits médicaux perfectionnés, tels que les moulages en fibre de verre, sont fournis sans frais au patient lorsqu'ils sont médicalement nécessaires.

Un médecin qui facture un patient ou accepte de ce dernier un montant supérieur au montant payable par le régime d'assurance-santé de l'Ontario commet une infraction à la loi provinciale. Toutefois, un médecin peut facturer un service non assuré par le régime d'assurance-santé de l'Ontario. Le MSSLDO ne réglemente pas les frais facturés pour des services non assurés. *L'Association médicale de l'Ontario* publie un barème des frais suggérés pour les services non assurés.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Sauf quelques exceptions, tous les résidents de l'Ontario sont admissibles à la couverture; une période d'attente de trois mois peut toutefois être imposée. Les règlements d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario définissent les catégories de personnes qui sont résidentes de l'Ontario ainsi que celles qui sont soumises à une période d'attente de trois mois (pour obtenir de plus amples renseignements, voir l'article 11(1) de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario et le Règlement 552 sous son régime).

Tous les résidents de l'Ontario qui veulent être couverts par le régime d'assurance-santé de l'Ontario doivent s'inscrire pour bénéficier de la couverture. Pour être considérée comme une résidente de l'Ontario aux fins de l'obtention d'une couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario, une personne doit :

- détenir le statut de citoyen ou d'immigrant prescrit (article 1.1(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*);
- établir sa résidence permanente principale en Ontario, conformément au Règlement 552;
- en termes généraux, être présent physiquement en Ontario au moins 153 jours par période de douze mois.

Sauf quelques exceptions établies au paragraphe 3(4) du Règlement 552, la plupart des nouveaux résidents et des résidents de retour sont soumis à une période d'attente de trois mois. Le MSSLDO détermine si une personne est soumise ou non à une période d'attente de trois mois après que la personne a fait la demande de couverture du régime d'assurance-santé. Les anciens détenus fédéraux et les personnes nouvellement reconnues comme réfugiées au sens de la Convention sont parmi ceux qui sont exemptés de la période d'attente.

Les personnes non admissibles au régime d'assurance-santé de l'Ontario comprennent celles qui n'ont pas leur citoyenneté ou le statut d'immigrant tel que prescrit en vertu de l'article 1.1 (1) du Règlement 552, tels que les demandeurs du statut de réfugiés (qui ne sont pas des réfugié au sens de la Convention). Les autres catégories de personnes telles que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont habituellement pas couverts s'ils sont admissibles à des services en vertu de la loi fédéral (art. 11.2(2)). Les personnes qui n'étaient pas admissibles, mais dont le statut a changé (p. ex., changement du statut d'immigrant ou libération d'un pénitencier fédéral) peuvent, à la suite de la présentation d'une demande, être admissible à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario sous réserve des exigences du Règlement 552.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Une carte santé est émise aux résidents admissibles qui adressent une demande au directeur général du régime d'assurance-santé de l'Ontario (selon les articles 2 et 3 du Règlement 552). La demande de couverture doit être formulée par les personnes admissibles qui établissent leur résidence permanente dans la province. Ces personnes doivent s'inscrire auprès du bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Les demandeurs doivent remplir et signer un formulaire d'inscription du régime d'assurance-santé de l'Ontario et fournir au MSSLDO des preuves de leur statut d'immigrant, de leur résidence et de leur identité. Les demandeurs doivent fournir chaque catégorie de documents originaux au moment de l'inscription. Une fois que l'admissibilité a été déterminée, les demandeurs âgés de plus de 15 ans et demi doivent généralement donner leur photographie et leur signature pour la carte santé.

Chaque carte santé avec photo est munie d'une date d'expiration et de renouvellement dans le coin inférieur droit. Le MSSLDO poste les avis de renouvellement à l'intention des personnes inscrites environ six semaines avant la date de renouvellement de la carte.

Le MSSLDO est le seul payeur pour les services de santé assurés. Un résident de l'Ontario admissible ne peut s'inscrire ou obtenir des prestations auprès d'un autre régime d'assurance pour des services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Environ 12 000 000 résidents de l'Ontario étaient admissibles au régime d'assurance-santé de l'Ontario au 3 décembre 2002.

3.3 Autres catégories de personnes

Le MSSLDO offre une couverture à plusieurs catégories de personnes autres que des citoyens canadiens et des immigrants reçus. En général, ces personnes doivent fournir une preuve de citoyenneté ou de statut d'immigrant, une preuve de résidence et une preuve d'identité, de la même manière que les résidents permanents qui adressent une demande au régime d'assurance-santé de l'Ontario. On peut toutefois également exiger de ces demandeurs qu'ils fournissent de la documentation spécifique pour confirmer leur droit à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario ou, encore, ils peuvent être exemptés de certaines exigences. Les clients présentant une demande de couverture pour une de ces catégories doivent communiquer avec le bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour obtenir de plus amples renseignements. On trouvera ci-après une vue d'ensemble des conditions d'admissibilité de ces demandeurs appartenant à d'autres catégories.

Les catégories de personnes suivantes sont admissibles si, d'une façon ou d'une autre, elles répondent à la définition de résident incluse au Règlement 552:

Demandeurs du statut d'immigrant reçu - Les demandeurs du statut d'immigrant reçu sont des personnes dont le dossier est en voie de traitement par Citoyenneté et Immigration Canada et qui, de façon générale, répondent aux exigences médicales de ce ministère. Un immigrant « reçu » est résident permanent du Canada. Environ 4 500 personnes étaient inscrites en tant que demandeurs du statut d'immigrant reçu au 31 mars 2001.

Réfugiés au sens de la Convention - La Commission de l'immigration et du statut de réfugié désigne une personne réfugiée au sens de la Convention lorsqu'on constate que cette personne craint la persécution dans son pays d'origine en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de son opinion politique. Environ 76 400 personnes étaient inscrites en tant que réfugiés au sens de la Convention au 31 mars 2001.

Détenteurs de permis ministériels - Les détenteurs de permis ministériels sont des personnes qui ne satisfont pas aux exigences d'immigration pour demeurer en permanence au Canada. Les détenteurs de permis ministériels correspondant aux types de cas 86, 87, 88, 89 ou 80 (adoption seulement) qui sont ordinairement résidents de l'Ontario sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour la durée de validité de leur document d'immigration. Les détenteurs de permis ministériels correspondant au type de cas 90 ne sont pas admissibles à la couverture. Environ 800 personnes étaient inscrites en tant que détenteurs de permis ministériels au 31 mars 2001.

Travailleurs étrangers, ecclésiastiques étrangers et membres de leurs familles - Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou un culte religieux qui a conclu une entente pour servir à plein temps une congrégation religieuse en Ontario pendant au moins six mois consécutifs et qui réside habituellement en Ontario. Environ 1 100 personnes étaient inscrites en tant qu'ecclésiastiques étrangers admissibles au 31 mars 2001.

Un travailleur étranger est une personne qui a conclu un contrat ou une entente d'emploi avec un employeur canadien situé en Ontario et qui a reçu de Citoyenneté et Immigration Canada un permis de travail qui fait nommément mention de l'employeur canadien, indique la profession proposée de la personne, et dont la durée est d'au moins six mois. Environ 11 400 personnes étaient inscrites en tant que travailleurs étrangers admissibles au 31 mars 2001.

Les membres de famille admissibles sont le conjoint et les enfants à charge (âgés de moins de 19 ans) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible qui occupe un emploi pendant au moins trois années consécutives et qui réside habituellement en Ontario. Environ 7 700 personnes étaient inscrites en tant que membres de la famille accompagnant une personne en déplacement au 31 mars 2001.

Travailleurs agricoles migrants - Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent un permis de travail en vertu du Programme des travailleurs saisonniers agricoles des Antilles, du Commonwealth et du Mexique administré par Citoyenneté et Immigration Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants ne sont pas tenus de présenter les documents de résidence généralement exigés pour établir l'admissibilité à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les membres de ce groupe sont également dispensés de la période d'attente de trois mois. Environ 2 900 personnes étaient inscrites en tant que travailleurs agricoles migrants au 31 mars 2001.

Aides familiaux résidants - Les aides familiaux résidants sont des personnes qui ont reçu une autorisation d'emploi en vertu du Programme concernant les aides familiaux résidents (PAFR) ou le Programme concernant les employés de maison étrangers (PEME) administrés par le ministère fédéral de la Citoyenneté et de l'Immigration. Un aide familial résident est une personne qui possède une autorisation d'emploi émise par le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration du Canada sur laquelle est inscrit PAFR ou PEME et qui est résident habituel de l'Ontario. L'autorisation d'emploi pour les travailleurs du PAFR ou du PEME n'a pas à inscrire les trois conditions d'emploi particulières requises pour tous les autres travailleurs étrangers, toutefois, la période d'attente de trois mois s'applique aux aides familiaux résidents.

3.4 Primes

Le paiement de primes a été aboli en 1990.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes qui déménagent en Ontario sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario dès le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de leur résidence en Ontario à moins d'être inscrites comme une exception dans l'article 3(4) du Règlement 552. Ces exigences sont énoncées dans l'article 3 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale conclu entre les provinces. Conformément à cet accord, les résidents assurés qui séjournent temporairement à l'extérieur de l'Ontario peuvent utiliser leur carte santé de l'Ontario pour obtenir des services de santé assurés. Les résidents assurés qui quittent temporairement l'Ontario pour voyager au Canada sans établir leur résidence dans une autre province ou un autre territoire continueront à être couverts pour une période pouvant aller jusqu'à douze mois.

Les services fournis à l'extérieur de la province sont couverts en vertu des articles 28, 30(1) et 32 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Il est également possible aux résidents de l'Ontario de conserver une assurance-santé continuelle tandis qu'ils travaillent ou étudient temporairement dans une autre province ou un autre territoire canadien.

Conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, une personne assurée par le régime d'assurance-santé de l'Ontario qui cherche ou accepte un emploi dans une autre province ou un autre territoire conserve sa couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario durant une période maximale de douze mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario durant plus de douze mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada, sont admissibles à une couverture continuelle pendant la durée de leurs études à la condition qu'ils n'établissent pas leur résidence permanente ailleurs durant cette période. Afin de s'assurer qu'ils conservent leur admissibilité au régime d'assurance-santé de l'Ontario, les étudiants doivent fournir au MSSLDO une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres de la famille des étudiants qui poursuivent leur formation dans une autre province ou un autre territoire sont également admissibles à une couverture continuelle du régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent un étudiant pour la durée de ses études.

L'Ontario participe aux ententes de réciprocité conclues entre toutes les provinces et les territoires pour l'assurance des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Pour les malades hospitalisés, le paiement est effectué selon le tarif prévu par le régime de la province ou du territoire où l'hospitalisation a lieu. Pour les malades externes, l'Ontario paie les frais standards autorisés par le Comité de coordination de la facturation réciproque.

En outre, l'article 28 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* établit le paiement des services hospitaliers assurés qui sont fournis en dehors de l'Ontario mais au Canada et qui ne sont pas facturés en vertu d'ententes de réciprocité.

L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque avec toutes les autres provinces et territoires, à l'exception du Québec (qui n'a pas signé d'entente de facturation réciproque avec une autre province ou un autre territoire), pour les services médicaux assurés.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La protection pendant des séjours temporaires à l'étranger est régie par les articles 28.1 à 29 (inclusivement) et l'article 31 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Conformément aux articles 1.1(3), 1.1(4), 1.1(5) et 1.1(6) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO peut fournir aux

résidents de l'Ontario assurés une admissibilité continuelle au régime d'assurance-santé de l'Ontario pour des absences excédant 212 jours par période de douze mois. Dans la plupart des cas, les demandeurs doivent fournir au MSSLDO un document expliquant les raisons de leur absence de l'Ontario pour avoir droit à une absence approuvée. Les demandeurs doivent également avoir été présents au moins 153 jours durant chacune des deux périodes consécutives de douze mois précédant la date de départ prévue pour voir leur absence prolongée approuvée.

Les absences approuvées sont de durée variable selon la raison de l'absence. Veuillez consulter le tableau ci-dessous pour obtenir de plus amples renseignements.

Raison	Couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario
Études	Durée d'un programme d'études à temps plein (illimité).
Travail	Conditions de cinq ans.
Travail missionnaire	Durée des activités missionnaires (illimité).
Vacances/Autres	Jusqu'à deux ans au cours d'une vie.

Les membres de la famille peuvent également avoir droit à l'admissibilité continuelle au régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'une absence approuvée. Ils doivent communiquer avec leur bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour obtenir des détails.

Les services fournis à l'étranger sont couverts en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et les articles 29 et 31du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Depuis le 1er septembre 1995, les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés selon le tarif journalier suivant (fixé par l'Ontario) :

- 400 $ canadiens au maximum pour les services aux malades hospitalisés;
- 50 $ canadiens au maximum pour les services aux malades externes;
- 210 $ canadiens au maximum par traitement de dialyse.

Les services médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins et d'autres professionnels admissibles (chiropraticiens, dentistes, optométristes, podiatres et ostéopathes) sont remboursés selon les tarifs énumérés au barème des prestations (Règlement 552) du MSSLDO ou, encore, selon le montant facturé si ce dernier est inférieur. Les frais de services d'urgence médicalement nécessaires à l'étranger pour les malades hospitalisés et les malades externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital ou un établissement de santé agréé. Lorsque des services de laboratoire médicalement nécessaires rendus à l'étranger sont effectués par un médecin dans une situation d'urgence, ils sont remboursés conformément à la formule édictée dans l'article 29(1) du Règlement ou au montant facturé, soit le montant le moins élevé des deux; s'ils sont rendus par un laboratoire dans une situation d'urgence, ils sont remboursés conformément à la formule édictée dans l'article 31 du Règlement.

En 2001-2002, le total des paiements pour les services hospitaliers et médicaux assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés et des malades externes étaient 27,5 millions de dollars pour des services d'urgence.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Selon les dispositions de l'article 28.4 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour le paiement de services non urgents à l'étranger.

En vertu de l'article 28.4 du Règlement 552, le patient peut être autorisé à recevoir des services de santé à l'étranger, lesquels seront financés en totalité, lorsqu'un traitement médicalement accepté n'est pas disponible en Ontario ou que le patient fait face à un délai avant le début du traitement qui pourrait causer des dommages tissulaires irréversibles ou représenter un danger pour la vie du patient.

En vertu de l'article 28.5 du Règlement 552, les épreuves de laboratoire effectués à l'étranger sont remboursés, après avoir été préalablement approuvées par le Ministère, s'il respectent les

conditions suivantes : ce genre de service ou de test n'est pas disponible en Ontario; le service ou le test est habituellement accepté en Ontario pour une personne se trouvant dans la même situation que la personne assurée et le service ou le test n'est pas effectué à des fins de recherche.

Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel à l'égard des services fournis aux résidents de l'Ontario à l'extérieur de cette province, mais ailleurs au Canada. L'accord interprovincial comprend un barème pour les services dont les coûts sont élevés. Dans de rares circonstances, lorsque ce barème ne couvre pas les coûts des services dans une autre province, on peut demander à l'Ontario de garantir le paiement avant de fournir le service.

En 2001-2002, le montant total déboursé pour le paiement des traitements approuvés à l'extérieur du Canada s'élevait à 24,1 millions de dollars.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers, médicaux et dentaires assurés sont disponibles pour les résidents de l'Ontario selon des modalités et conditions uniformes.

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés, tels que définis dans la *Loi sur l'assurance-santé*. Les hôpitaux publics de l'Ontario n'ont pas le droit de refuser de fournir des services dans des situations où la vie de la personne est en danger sous prétexte que celle-ci n'est pas assurée. En vertu de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*, il est interdit aux médecins inclus et exclus de facturer un montant supérieur à celui indiqué au barème de prestations de services médicaux. La surfacturation est également interdite aux médecins. En vertu de cette même Loi, il est interdit aux hôpitaux de facturer les résidents assurés pour des services assurés.

Le MSSLDO a mis en oeuvre un système de validation des numéros de carte santé et de soins afin d'aider les dispensateurs de soins de santé et les patients à avoir accès aux services de santé et de favoriser le paiement des réclamations. Les dispensateurs de soins peuvent demander des privilèges de validation afin de vérifier l'admissibilité de leur patient et la situation du numéro de santé et du code (situation de la carte). Si des patients doivent avoir accès à des services de santé et qu'ils n'ont pas de carte santé en leur possession, le dispensateur de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au MSSLDO un formulaire de divulgation de numéro d'assurance-santé signé par le patient. Un processus accéléré pour obtenir les numéros d'assurance-santé des patients qui sont dans l'incapacité de fournir un numéro et qui nécessitent un traitement d'urgence est offert dans les établissements de salle d'urgence par l'entremise d'un service de consultation des numéros de carte santé.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En 2001-2002, 154 hôpitaux publics dotés en personnel étaient en activité dans la province, incluant les unités pour malades chroniques, les unités de soins généraux et les unités de réadaptation spéciale. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux publics s'établissait comme suit pour l'exercice 2001-2002 :7 245 186 jours pour les soins actifs, 2 249 189 pour les soins aux malades chroniques et 721 115 pour les soins de réadaptation.

Voici quelques exemples de meilleur accès aux services :

- introduction du premier programme de thrombo-endariectomie pulmonaire;
- introduction d'une stratégie provinciale de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux qui comprend des projets-pilotes en télémédecine à trois sites;
- augmentation des services cardiaques et rénaux par la mise en oeuvre de nouveaux programmes élargis;
- construction et expansion de centres anticancéreux;
- lits additionnels pour soins médicaux et critiques pour alléger les pressions exercées sur les services d'urgence;

- ajout de nouveaux lits de soins de longue durée;
- frais de scolarité payés pour les étudiants disposés à travailler en région rurale ou dans le nord;
- introduction de politiques pour garantir que les patients des salles d'urgence sont vus dans les 15 minutes suivants leur arrivée;
- amélioration des services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire;
- investissement dans le traitement des jeunes ayant des troubles de l'alimentation;
- meilleur accès aux programmes de dépistage du cancer du col utérin dans les régions éloignées.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

L'accès raisonnable aux services médicaux est assuré, en Ontario, par une distribution adéquate des médecins.

Un programme des services aux régions insuffisamment desservies offre aux résidents des zones rurales et éloignées de l'Ontario un accès amélioré aux services médicaux généraux. Six programmes renforcent l'accès aux services de santé pour les résidents du nord de l'Ontario. Le Plan de financement des groupes du Nord et les contrats parrainés par la communauté offrent des mécanismes de financement de rechange pour verser à un groupe de médecins un montant global pour des services de soins de première ligne (pas de rémunération à l'acte). Le Programme de subventions d'encouragement pour les médecins offre une aide financière à des médecins généralistes et spécialistes oeuvrant dans une région insuffisamment desservie désignée. Enfin, le Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales aide financièrement les patients qui doivent se déplacer pour recevoir des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés, le projet de gratuité des frais de scolarité pour les nouveaux médecins offre jusqu'à 40 000 $ de remboursement pour frais de scolarité et de subventions d'encouragement si les étudiants et les stagiaires en médecine s'engagent à pratiquer dans une région insuffisamment desservie pour une période minimale de trois ans et l'initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord offre un incitatif de maintien en poste et un accès à l'éducation permanente aux médecins de famille et aux spécialistes admissibles qui pratiquent dans le Nord de l'Ontario depuis au moins quatre ans.

Le programme de maintien en poste est conçu pour encourager les médecins de famille et les spécialistes à maintenir les services dans les régions insuffisamment desservies et à encourager les spécialistes offrant des services sous-spécialisés à demeurer dans la province. Le programme favorise le recrutement de manière à ce que les conditions de sous-représentation régionale sont réduites ou éliminées.

À l'heure actuelle, 100 communautés de l'Ontario sont désignées comme insuffisamment desservies par des médecins de famille. Douze communautés sont désignées comme insuffisamment desservies par des spécialistes.

En date de mars 2002, on comptait environ 20 915 médecins actifs qui ont soumis des demandes de remboursement au régime d'assurance-santé de l'Ontario. De ce nombre, 10 395 (49,7 pour cent) étaient des médecins de famille et 10 520 (50,3 pour cent) étaient des spécialistes.

En vertu du programme de services médicaux d'extension (Programme de services itinérants offerts par des médecins), des cliniques de soins primaires peuvent être organisées régulièrement pour les collectivités éloignés qui ont un poste de soins infirmiers financé par l'entremise du Programme des services aux régions insuffisamment desservies et un soutien téléphonique peut être offert à l'infirmière ou à l'infirmière praticienne qui travaille au poste de soins infirmiers.

5.4 Rémunération des médecins

Les services assurés fournis par environ 21 000 des 23 100 médecins inscrits et 325 dentistes de l'Ontario sont rétribués principalement selon la formule de la rémunération à l'acte conformément au barème des prestations relatif aux services médicaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

En avril 2000, le gouvernement de l'Ontario a négocié une entente quadriennale avec *l'Association médicale de l'Ontario* (OMA) pour déterminer les montants de financement pour les services médicaux en ce qui concerne les paiements des services rémunérés à l'acte. En 2001-2002, les médecins rémunérés à l'acte ont reçu 4,7 milliards de dollars pour des services médicaux, chirurgicaux et de diagnostic offerts aux résidents de l'Ontario.

Selon l'entente, un groupe de travail sur les barèmes des prestations, composé de représentants du MSSLDO et de *l'Association médicale de l'Ontario*, a reçu le mandat de déterminer les changements au barème actuel des prestations qui entraîneront des économies d'au moins 50 millions de dollars. Ces économies sont réalisées par le truchement d'initiatives de resserrement et de modernisation. La première série de recommandations, qui devrait permettre d'économiser 20 millions de dollars par année, a été mise en oeuvre le 13 août 2001. Les autres mesures qui permettront d'économiser 30 millions de dollars devraient être mise en oeuvre au cours du prochain exercice.

Une commission sur les barèmes d'honoraires fondés sur les valeurs relatives en fonction des ressources (*Resource Based Relative Value Schedule*) (RBRVS) a été établie en 1997 par l'Association médicale de l'Ontario et le MSSLDO, avec le mandat de fournir des recommandations concernant un nouveau barème d'honoraires fondé sur les valeurs relatives pour remplacer le barème actuel des prestations du régime d'assurance-santé de l'Ontario sans incidence sur les recettes. Au cours de l'été 2002, la Commission sur les RBRVS a publié son rapport. Le rapport contient un examen complet de la méthodologie utilisée et une rationalisation des décisions prises par la Commission, un examen des consultations avec les sections de l'Association médicale de l'Ontario en février 2002 et une liste de tous les codes d'honoraires professionnels avec leurs unités de valeur relative. Le rapport est maintenant affiché sur le site Web des RBRVS à http://www.rbrvs.on.ca/c.reports/c.reports.html.

Des représentants du gouvernement et la *Ontario Dental Association* négocient des accords sur des ajustements du barème des prestations du régime qui couvre les services dentaires assurés fournis à l'hôpital. En 1999-2000, les dépenses pour les soins dentaires s'établissaient à 8,1 millions de dollars. Le dernier accord de financement qui devait expirer le 31 mars 2000 est maintenant prolongé au 31 mars 2001. Des discussions pour un nouvel accord pluriannuel ont débuté à l'automne 2000. Des discussions avec la *Ontario Dental Association* ont été entreprises en février 2001 en vue d'élaborer et de mettre en oeuvre un nouveau barème d'honoraires et une proposition de financement. La *Ontario Dental Association* a présenté un accord de financement pluriannuel provisoire, et le document a été modifié par le MSSLDO en mars 2002. Le MSSLDO procède actuellement à un examen de l'accord de financement provisoire.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux soumettent des résumés de plans de fonctionnement et d'activités annuels, lequel résulte d'une large consultation au sein de l'établissement (p. ex. tous les échelons de personnel, les syndicats, les médecins et le conseil), de la communauté et de la région. Le plan de fonctionnement est d'abord et avant tout un document de planification, mais il comporte une composante budgétaire importante qui est à la fois financière et statistique. Le conseil régional de santé (CRS) et le personnel du MSSLDO examinent ensuite le plan de fonctionnement. L'examen du MSSLDO est effectué par le personnel régional, le personnel des programmes spécialisés et la haute direction. Cet examen suit des lignes directrices standard et peut faire intervenir des discussions et une clarification approfondies avec l'établissement.

Les paiements versés aux hôpitaux par le régime d'assurance-santé pour les services assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-santé* et sont calculés selon un budget annuel. Le système budgétaire de

l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui reflète les effets de l'augmentation de la charge de travail, des coûts associés aux programmes prioritaires de la province et des augmentations des coûts associées à la croissance supérieure à la moyenne du volume de services dans des lieux géographiques spécifiques. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

Le MSSLDO examine régulièrement les règlements et les tarifs relatifs à la quote-part des malades chroniques, en prenant en considération les changements apportés chaque année à l'indice des prix à la consommation, à la Sécurité de la vieillesse, au Supplément de revenu garanti et au Supplément annuel de revenu garanti, et détermine si des modifications doivent être apportées aux règlements et aux tarifs.

Les programmes prioritaires sont des programmes divers qui nécessitent des ressources humaines et des infrastructures hautement spécialisées. Ces programmes sont souvent très coûteux et à croissance rapide. Ils peuvent être associés à des traitements nouvellement élaborés qui incluent des thérapies et des technologies de pointe. En général, ces programmes sont gérés à l'échelle de la province et sont conçus pour assurer un accès équitable. Le MSSLDO en détermine le financement selon les besoins de la population et les preuves de résultats cliniques.

Les programmes prioritaire comprennent :

- les traumatismes crâniens;
- les greffes de moelle osseuse;
- les services cardiovasculaires;
- le traitement du bec-de-lièvre et de la fissure du palais et la dentisterie craniofaciale;
- les implants cochléaires;
- les maladies rénales en phase terminale;
- les cliniques ambulatoires pour hémophiles;
- les implants orthopédiques de la hanche et du genou;
- l'imagerie par résonnance magnétique;
- les transplantations d'organes;
- l'oncologie pédiatrique;
- les programmes génétiques provinciaux en région;
- les programmes de gériatrie régionaux;
- les centres de traitement des agressions sexuelles; et la traumatologie.

Le MSSLDO gère également les stratégies provinciales suivant :

- Projets-pilotes de réadaptation cardiaque;
- Stratégie ontarienne de prévention des accidents cérébrovasculaires;
- Plan d'action sur le don et la transplantation d'organes et de tissus;
- Service de traitement par la Visudyne;
- Registre de remplacement des articulations de l'Ontario.

Le MSSLDO mesure les coûts-efficacité relatifs et récompense les hôpitaux par l'intermédiaire du modèle d'allocation intégrée selon la population (Integrated Population-Based Allocation - IPBA - model). Des paiements sont versés aux hôpitaux qui dépensent moins que prévu en prenant en considération les caractéristiques particulières de l'hôpital.

En outre, des méthodes spécialisées sont utilisées pour le financement enrichi d'initiatives liées à des politiques et programmes spécifiques (c.-à-d., perfectionnement des infirmières, séjour garanti de 60 heures après l'accouchement).

Le financement des soins aux patients dans les hôpitaux était de plus de 8,7 milliards de dollars en 2001-2002.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Ontario a reconnu publiquement la contribution fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans ses publications de 2001-2002.

7.0 Services complémentaires de santé

Les services de soins complémentaires de santé financés par le MSSLDO sont offerts par des établissements de soins de longue durée (les maisons de soins infirmiers, les résidences pour personnes âgées) et les dispensateurs de services de soins à domicile. Le MSSLDO assure le programme de vérification de la conformité pour les établissements de soins de longue durée. Le MSSLDO surveille la santé et le bien-être ainsi que les services de sûreté, de sécurité, d'environnement et de diététique afin d'assurer le respect des lois, des règlements et des normes. Le MSSLDO reçoit et surveille la mise en oeuvre des plans d'action correctifs afin d'en assurer la conformité, lorsque nécessaire.

Les services de soins à domicile (services professionnels, soutien personnel et aide familiale) sont financés par le MSSLDO et fournis par les Centres d'accès aux soins communautaires aux personnes de tous les âges. Le MSSLDO finance des services auxiliaires pour les adultes handicapés physiques et des services de soutien au logement pour les personnes âgées, les adultes handicapés physiques, les adultes souffrant de lésions cérébrales acquises et les personnes vivant avec le VIH/sida. Le MSSLDO finance également une variété de services de soutien communautaire tels que les programmes de jour pour adultes, les services de repas et les services de transport.

Outre les prestations d'hospitalisation, l'Ontario fournit une grande variété de services de santé notamment des services de soins de longue durée offerts au sein de la communauté ou par des établissements; des services de santé mentale, incluant le fonctionnement d'hôpitaux psychiatriques provinciaux, ainsi que les services en santé mentale et les services de soutien offerts dans la communauté; la composante résidentielle du Programme des foyers de soins spéciaux; des services d'ambulance par voie aérienne avec une quote-part pour le patient; des services de répartition des ambulances; des traitements dentaires pour les patients souffrant de bec-de-lièvre et de fissure du palais inscrits dans une clinique désignée; du financement pour un programme de dépistage du cancer du sein.

Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

Rapports annuels

- Plan d'activités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

  http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/bplan01f/bplan01f.html

- Rapport sur le rendement 2001-2002 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

  http://www.gov.on.ca/MOH/french/pub/ministryf/pircf/pirc_mnf.html

- Rapport de 2001 sur les soins actifs, services des urgences et soins continus complexes

  http://www.gov.on.ca/health/frenach/contactf/hospf/hosprep_mnf.html

Rapports de vérification

- Régime d'assurance-santé de l'Ontario, 1998 (rapport du vérificateur provincial) :

  www.gov.on.ca/opa/french/f98/306.htm

- Régime d'assurance-santé de l'Ontario - suivi de 2000 (rapport du vérificateur provincial) :

  www.gov.on.ca/FIN/french/budfre.htm

- Rapport annuel 2001 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario

  http://www.gov.on.ca/opa/french/fr01/f01t.htm

Rapports financiers

- Budget 2001-2002

  www.gov.on.ca/FIN/french/budfre.htm#Budget

- Comptes publics 2001-2002

  www.gov.on.ca/FIN/french/budfre.htm#public

Lois

- *Loi et Règlements sur l'assurance-santé*
- *Loi et Règlements sur les hôpitaux publics*
- *Loi et Règlements sur les établissements de santé autonomes*

- *Loi et Règlements sur l'accessibilité aux services de santé*

Veuillez noter que les Lois et Règlements de l'Ontarion sont affichés sur le site

http://www.e-laws.gov.on.ca

Agreements

- Accord pour les médecins de famille du Nord et des régions rurales

  http://www.ontariofamilyhealthnetwork.gov.on.ca/french/indexf.html

- Accord de financement des réseaux de Santé familiale

  http://www.ontariofamilyhealthnetwork.gov.on.ca/french/indexf.html

Autres documents

- Façonner les ressources en médecins de l'Ontario (mai 2001)

  http://www.gov.on.ca/health/french/pub/ministryf/workforcef/workforcef.pdf

- *Good Nursing, Good Health: A good Investment* (août 2001)

  http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/nurserep01/nurse_rep.html

- Dialogue public sur la santé (janvier 2002)

  http://www.gov.on.ca/health/french/surveysf/dialogue_0701f/results_mnf.html

Manitoba

Introduction

Le Manitoba a été reconnu à l'échelle nationale, par l'Institut canadien d'information sur la santé, comme ayant le meilleur plan au pays pour mettre fin à la médecine de corridor. Grâce à l'élargissement des soins à domicile, à une meilleure coordination des ressources hospitalières et au plus imposant programme de vaccination contre la grippe de l'histoire de la province, le Manitoba a réussi à réduire considérablement le nombre de patients traités dans les corridors au cours de l'année 2000.

Le plan en cinq points du Manitoba visant à mettre fin à la médecine de corridor dans les hôpitaux comprend les mesures suivantes :

- l'ouverture de nouveaux lits;
- l'amélioration des procédures d'admission et de congé;
- l'élargissement des services communautaires;
- le renforcement des programmes de prévention comme la vaccination contre la grippe;
- l'augmentation du nombre de programmes de soins à domicile et de programmes de soins de jour pour adultes.

Le Manitoba doit relever le défi national et mondial de régler la pénurie de professionnels de la santé. Il est en voie de s'attaquer à cette pénurie par le truchement d'une gamme de stratégies de formation, de recrutement et de maintien en poste. Le Manitoba a maintenant un des meilleurs ratios d'infirmières et d'infirmiers par habitant au pays.

Tous les jours, des infirmières de l'ensemble du Manitoba démontrent leur engagement à l'égard du bien-être des Manitobains en leur prodiguant des soins professionnels et compétents. À son tour, le gouvernement du Manitoba a pris un engagement envers les infirmières dans deux secteurs clés, à savoir :

- le recrutement d'un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans divers secteurs des soins infirmiers;
- le maintien en poste d'infirmières et d'infirmiers dans des milieux de travail qui respectent et maximisent les compétences professionnelles et l'expérience des infirmières pour le bien-être des patients et des clients.

Le 2 avril 2001, le gouvernement du Manitoba et l'Office régional de la santé de Winnipeg ont annoncé un plan pour convertir la clinique Pan Am en un établissement à but non lucratif qui servira de nouveau modèle de prestation de services pour le régime d'assurance-santé. En vertu du plan, Pan Am devient une division opérationnelle de l'Office régional de la santé et fonctionne dans le cadre du programme régional de chirurgie. Le caractère unique du modèle Pan Am vient du fait que la clinique conserve tout excédent de fonctionnement qu'elle génère pour le réinvestir dans du matériel et des procédés de diagnostic et de chirurgie de pointe et d'autre matériel médical. De cette façon, Pan Am conserve un incitatif important en vue d'innover et offre une concurrence au sein du système public, puisque les gestionnaires de soins de santé jouissent d'une nouvelle option de services par rapport aux services hospitaliers traditionnels.

Le Manitoba a approuvé l'achat et l'installation d'un scalpel gamma, qui devrait être fonctionnel d'ici octobre 2003, ce qui hausse le potentiel du Manitoba d'être le foyer de l'excellence en neurochirurgie dans l'Ouest canadien. La radiochirurgie stéréotaxique utilisant un scalpel gamma est une intervention chirurgicale sans scalpel qui se sert de faisceaux de rayonnement à faible dose pour traiter des anomalies du cerveau. Puisque l'intervention est non invasive, le risque d'infection et de dommage aux tissus sains est considérablement réduit. Dans la plupart des cas, les patients peuvent recevoir une telle chirurgie dans le cadre d'une chirurgie d'un jour, plutôt que de passer des semaines à l'hôpital à la suite d'une chirurgie classique. Plus de 1 500 études appuyant la radiochirurgie à l'aide d'un scalpel gamma ont été publiées. La

technologie est maintenant considérée comme la norme à l'échelle internationale pour une gamme de troubles de neurochirurgie.

Le rôle de Santé Manitoba

Santé Manitoba est un ministère hiérarchique dans la structure organisationnelle et il est exploité en vertu des dispositions des lois et des responsabilités confiées au ministre de la Santé. Les mandats officiels contenus dans la législation, assortis aux mandats résultant des réponses aux questions de santé et de soins de santé nouvelles, forment le cadre pour la planification et la prestation des services.

Santé Manitoba a pour mandat d'assurer le leadership et le soutien nécessaires pour protéger, conserver et promouvoir la santé de tous les Manitobains. Cette mission est réalisée par le truchement d'une structure d'enveloppes globales comprenant l'obligation de rendre compte des programmes, des politiques et des finances, de l'établissement politiques gouvernementales judicieuses et de la prestation de services de santé et de soins de santé pertinents et efficaces. Les services sont assurés par l'entremise des systèmes de prestation régionaux, des hôpitaux et d'autres établissements de soins de santé. Le Ministère verse également, au nom des Manitobains, des paiements au titre des services de santé assurés reliés aux coûts des soins médicaux, des soins hospitaliers, des soins personnels, de l'assurance-médicaments et d'autres services de santé.

La vision de Santé Manitoba est de jouer un rôle de chef de file dans le système de soins de santé de qualité, lequel repose sur la créativité, la compassion, la confiance et le respect, d'habiliter les Manitobains grâce aux connaissances, aux choix et à l'accès aux meilleures ressources sanitaires possibles, et de former des partenariats et des alliances pour la santé et la promotion de collectivités offrant un soutien.

Santé Manitoba a également le rôle de favoriser l'innovation dans le système de soins de santé. Pour ce faire, le Ministère prévoit l'établissement de mécanismes pour évaluer et surveiller la qualité, l'utilisation et la rentabilité des soins, il favorise les comportements et les milieux qui permettent de promouvoir la santé et il veille à la promotion de la réceptivité et de la souplesse des systèmes de prestation, ainsi qu'à la prestation de services de rechange moins coûteux.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance santé et autorité publique

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, R.S.M. 1987, ch. H35. En 1992, des modifications importantes ont été apportées à la *Loi*[1] : la Commission des services de santé du Manitoba a été dissoute et tous ses biens et responsabilités ont été transférés à Santé Manitoba. Cette dissolution est entrée en vigueur le 31 mars 1993.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré conformément à la *Loi sur l'assurance-maladie* pour tous les aspects touchant l'assurance relative aux coûts des services hospitaliers, personnels et médicaux et des autres services de santé auxquels il est fait allusion dans les lois des autorités législatives ou les règlements pris en application de celles-ci. La Loi a été modifiée le 1er janvier 1999 afin de prévoir la couverture des services pour malades externes assurés relativement aux services médicaux assurés offerts dans les installations chirurgicales.

Le ministre de la Santé est chargé de la gestion et du fonctionnement du régime. En vertu du paragraphe 3(2) de la *Loi*, le Ministre peut :

> a) fournir aux résidents de la province une assurance relative aux coûts des services hospitaliers, des soins médicaux, des soins personnels et d'autres services de santé;
>
> b) planifier, organiser et mettre sur pied à travers la province un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, de foyers de soins

[1] Lorsque le texte fait référence à la Loi, il s'agit de la Loi sur l'assurance-maladie (1999).

personnels ainsi que d'établissements et de services liés au domaine de la santé qui répondent aux besoins des résidents de la province;

c) faire en sorte que des normes satisfaisantes soient maintenues dans les hôpitaux, dans les foyers de soins personnels ainsi que dans les établissements liés au domaine de la santé, y compris les normes relatives à la surveillance, à la délivrance de licences, à l'équipement et à l'inspection ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires pour assurer le maintien de normes satisfaisantes;

d) sauf dans le cas des soins individuels aux malades, fournir un service de consultation aux hôpitaux et aux foyers de soins personnels de la province ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer la prestation d'un tel service;

e) exiger que les dossiers des hôpitaux, des foyers de soins personnels et des établissements liés au domaine de la santé soient vérifiés tous les ans et que les rapports que requiert le gouvernement du Canada à l'égard des hôpitaux soient présentés;

f) dans les cas où les résidents n'ont pas accès à des soins médicaux ni à d'autres services de santé, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour planifier, organiser et mettre sur pied de tels services afin de répondre aux besoins des résidents.

Le Ministre peut également conclure, avec des personnes ou des groupes de personnes les contrats et ententes qu'il juge nécessaires pour l'application de la présente loi. Il peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe de personnes pour l'application de la présente loi, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes. Le Ministre peut également, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou les fonctions que lui confèrent la présente loi ou les règlements.

Aucune modification législative influant sur l'administration publique du régime n'a été apportée à la *Loi* ou au Règlement au cours de l'exercice 2001–2002.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la Loi, le Ministre doit préparer les états financiers vérifiés du régime et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, aux soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le Ministre est également tenu de faire préparer un rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de séance de celle-ci, suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la *Loi* exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du régime et prépare un rapport à l'intention du Ministre. Le plus récent rapport du genre auquel le public a pu accéder vise l'exercice 2001–2002 et fait partie du Rapport annuel 2001–2002 de Santé Manitoba.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la *Loi* de même que le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) prévoient la prestation de services hospitaliers assurés.

Au 31 mars 2002, 97 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes au Manitoba. Les hôpitaux sont désignés par le *Règlement sur la désignation des hôpitaux* (R.M. 47/93) en vertu de la *Loi*.

Les services spécifiés par règlement comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes comprennent :

- l'hébergement et les repas en chambre ordinaire;
- les soins infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- les fournitures médicales et chirurgicales ordinaires;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles d'observation et des installations d'anesthésie;
- l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

Tous les services hospitaliers sont ajoutés à la liste des services hospitaliers disponibles par l'entremise du processus de planification de la santé.

La population du Manitoba a des attentes très élevées quant à la qualité des soins de santé et elle insiste pour que les connaissances médicales les plus poussées et les services les plus au point soient utilisés pour son état de santé personnel. Santé Manitoba se tient au courant des découvertes dans les domaines des sciences de la santé.

2.2 Services médicaux assurés

La loi d'autorisation qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est le *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* (R.M. 49/93) pris en application de la *Loi*.

Les médecins qui offrent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, autorisés et agréés en vertu de la *Loi médicale*. Au 31 mars 2002, 2 077 médecins étaient inscrits au registre de Santé Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un avis écrit au Ministre, choisir de percevoir des honoraires auprès d'une autre personne que le Ministre pour les services médicaux donnés à des personnes assurées, conformément à l'article 91 de la *Loi* et de l'article 5 du *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux*. La décision de se retirer du régime d'assurance-santé entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours commençant à la date où le Ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à une personne assurée, le médecin doit donner au patient un préavis raisonnable disant qu'il se propose de percevoir des honoraires pour le service médical qu'il lui fournira auprès de celui-ci ou de toute autre personne, à l'exception du Ministre. Il incombe au médecin de soumettre, au nom du patient, une demande au Ministre; le médecin ne peut percevoir des honoraires en sus des prestations à payer pour ce service, aux termes de la *Loi* et des règlements. À l'heure actuelle, aucun médecin du Manitoba n'a décidé de se retirer du régime médical.

Dans le *Règlement sur les frais assurés engagés pour des services médicaux* (R.M. 95/96), on trouve la liste des services médicaux assurés par Santé Manitoba. Cette garantie s'applique à tous les services de soins personnels fournis par un médecin à une personne assurée lorsqu'ils sont nécessaires du point de vue médical et non exclus en vertu du *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93) pris en application de la *Loi*. Au cours de l'exercice 2001-2002, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé.

Afin qu'un service de médecin puisse être ajouté à la liste des services assurés par Santé Manitoba, le médecin doit présenter une proposition à la section de la l'Association médicale du Manitoba dont il relève. Les propositions sont acheminées au Manitoba College of Physicians and Surgeons qui vérifie que le service est scientifiquement valide et non en voie d'élaboration ou à l'étape expérimentale. L'Association médicale négocie alors le service en question, y compris les honoraires, avec Santé Manitoba. Le processus peut également être amorcé par Santé Manitoba.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (Règlement 48/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, on trouve la liste des services de chirurgie dentaire assurés. Ces services chirurgicaux sont assurés lorsqu'ils sont donnés par un chirurgien diplômé en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou un dentiste autorisé à exercer sa profession dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient pour accomplir l'acte correctement. Ce règlement prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de bec-de-lièvre et de fissure du palais chez les personnes inscrites au programme avant leur dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont assurés par un orthodontiste autorisé. Au 31 mars 2002, 541 dentistes étaient inscrits auprès de Santé Manitoba.

Les dispensateurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient et ils ne doivent pas percevoir auprès d'une personne assurée des frais pour ces services médicaux ou pour d'autres services de santé qui dépassent les prestations à payer aux termes de la Loi ou des règlements. Au 31 mars 2002, aucun dispensateur de services dentaires n'avait opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie.

Afin qu'un service dentaire soit ajouté à la liste des services assurés, un dentiste doit soumettre une proposition à la Manitoba Dental Association (MDA). La MDA négociera les honoraires avec Santé Manitoba.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/03) adopté dans le cadre de la Loi présente les services qui ne sont pas assurés. Ils comprennent :

- les examens et les rapports établis pour des raisons d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers;
- les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par Santé Manitoba;
- les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal;
- le kilométrage ou le temps de déplacement;
- les services de psychologues, de podologues et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation;
- la fécondation *in vitro*;
- l'enlèvement de tatouages;
- l'ajustement de lentilles cornéennes;
- le rétablissement de la fécondité;
- la psychanalyse.

La *Loi* stipule que les soins donnés à l'hôpital comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, permettant ainsi d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité.

Afin de supprimer des services actuellement assurés par Santé Manitoba, le Ministère doit préparer une soumission et la soumettre à l'approbation du Cabinet. Selon le service en cause, il faudrait déterminer, au cas par cas, s'il est nécessaire de recourir à une consultation publique.

En 2001-2002, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents du Manitoba au régime d'assurance-santé de la province. Le paragraphe 1 de l'article 2 de la *Loi* stipule qu'un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui réside au Manitoba et qui y est personnellement présente au moins six mois par année civile. Cette définition comprend également toute autre personne qui, en vertu des règlements, est considérée comme un résident, mais elle exclut, sauf indication contraire du Ministre, les personnes titulaires d'un permis ministériel délivré en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada) ou qui sont des visiteurs, des personnes de passage ou des touristes.

Le *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) a pour effet d'élargir l'acception du terme « résidence ». On trouve ces définitions élargies aux articles 7(1) et 8(1). Le paragraphe 1 de l'article 7 a pour effet de permettre aux missionnaires, aux personnes qui s'absentent du pays pour une emploi ainsi qu'aux personnes qui prennent un congé sabbatique et celles qui s'absentent du Manitoba pour une période pouvant aller jusqu'à 24 mois de demeurer résidents du Manitoba. Les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement agréé sont réputés être résidents du Manitoba. Le paragraphe 1 de l'article 8 a pour effet d'élargir l'acception du terme « résidence » aux personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui ont le droit de travailler pendant une période de 12 mois ou plus.

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* définit la période d'attente de la façon suivante :

> « Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée. »

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le régime d'assurance-santé du Manitoba exclut les résidents couverts par les lois fédérales suivantes : *Loi sur l'aéronautique*; *Loi sur les avantages liés à la guerre pour les anciens combattants de la marine marchande et les civils*; *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*; *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*; *Loi sur la défense nationale*; *Loi sur les pensions*; *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*; *Loi sur la réadaptation des anciens combattants* ou par toute autre loi relevant d'un autre secteur de compétence. Au paragraphe 2(2) du *Règlement sur les services exclus*, on fait état des résidents inadmissibles. Sont exclus les résidents qui sont membres des Forces armées canadiennes, ceux qui sont membres de la Gendarmerie royale du Canada et ceux qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Ces résidents deviennent admissibles à la couverture de Santé Manitoba une fois qu'ils cessent d'être membres des Forces canadiennes d'être membres de la GRC ou d'être détenus dans un pénitencier sans avoir de personne à charge résidant dans la province. Selon le paragraphe 2(3) du *Règlement sur la résidence et l'inscription*, (R.M. 54/93) lorsque ces personnes changent de statut, elles disposent d'un mois pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-santé, les personnes doivent aviser Santé Manitoba qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada, avoir l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois et fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé Manitoba émet un certificat d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont liés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne âgée de 18 ans ou plus qui n'est pas considérée comme une personne à charge. Santé Manitoba utilise ce numéro pour régler les demandes de remboursement des services hospitaliers et médicaux pour cette personne ainsi que pour

toutes les personnes désignées qui sont à sa charge. Un numéro d'identification personnelle de santé (NIPS) de neuf chiffres est requis pour le programme des médicaments provincial.

En 2001-2002, le nombre de résidents inscrits auprès du régime d'assurance-santé était de 1 152 982.

Le régime de santé du Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Aux termes du paragraphe 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) pour au moins 12 mois consécutifs, être physiquement présents au Manitoba et être légalement autorisés à demeurer au Canada afin d'avoir droit à l'assurance couverture de Santé Manitoba.

En 2001-2002, 1 244 personnes titulaires d'un permis de travail étaient assurées par le régime d'assurance-santé du Manitoba.

Selon la définition du terme « résident » donnée dans la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre de la Santé, ou son mandataire désigné, peut fournir l'assurance aux titulaires d'un permis ministériel délivré en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada). En 2001-2002, cinq personnes ont eu droit à cette couverture parce qu'elles étaient titulaires d'un tel permis ministériel.

Aucune modification législative influant sur l'universalité n'a été apportée à la *Loi* ou au Règlement au cours de l'exercice 2001–2002.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les autres personnes assurées qui déménagent d'une province ou d'un territoire pour s'installer au Manitoba. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien est assuré le premier jour du troisième mois qui suit son arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants sont considérés comme des résidents et ils continuent d'être assurés par l'assurance-santé pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans tout établissement d'enseignement agréé. Une exigence supplémentaire veut qu'ils aient l'intention de retourner au Manitoba et de s'y installer après avoir terminé leurs études.

Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont assurés par Santé Manitoba pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Le Manitoba a signé des ententes formelles avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens pour les besoins de la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Manitoba a signé un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans les localités frontalières du Manitoba.

Les coûts d'hospitalisation sont fixés selon les taux normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour les actes médicaux à coût élevé visant des patients hospitalisés et les services offerts à des patients externes sont fondés sur les taux nationaux établis par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Ils comprennent tous les services nécessaires sur le plan médical de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les services médicaux reçus dans toutes les provinces – à l'exception du Québec – et tous les territoires sont payés en vertu d'ententes de

facturation réciproque aux taux de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour services médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba afin d'être réglées selon les taux de la province d'accueil.

En 2001-2002, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 15 204 116 $ pour des services hospitaliers et 7 381 785 $ pour des services médicaux fournis au Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

Le paragraphe 1 de l'article 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant les absences temporaires du Canada.

Les résidents qui travaillent à temps plein sous contrat, à l'extérieur du Canada auront droit à la couverture de Santé Manitoba pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui vont en mission, pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada); seront assurés par Santé Manitoba pour une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Les étudiants sont considérés comme des résidents et continueront d'avoir droit à l'assurance-santé pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé. Une exigence supplémentaire veut qu'ils aient l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leurs études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'étude seront assurés par Santé Manitoba pour une période allant jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent également revenir au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, l'assurance est assujettie aux montants indiqués dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93). Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence ou d'une maladie apparue subitement pendant une absence temporaire du Canada sont payés comme suit :

Les services aux patients hospitalisés sont payés selon un taux quotidien établi d'après le nombre de lits que l'on trouve dans l'hôpital :

- de 1 à 100 lits : 280 $
- de 101 à 500 lits : 365 $
- plus de 500 lits : 570 $

Les services offerts aux patients externes sont payés selon le taux fixe de 100 $ la consultation, ou de 215 $ s'il s'agit d'une hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux que l'on trouve dans les régions rurales et les régions urbaines, le calcul de ces taux est complexe.

Les Manitobains ayant besoin de services hospitaliers jugés nécessaires sur le plan médical et qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada peuvent être admissibles au paiement des coûts engagés aux États-Unis en fournissant à Santé Manitoba une recommandation de leur spécialiste précisant que le patient a besoin d'un service bien précis et jugé nécessaire sur le plan médical. Les services médicaux reçus aux États-Unis sont payés à un taux qui n'est pas inférieur à 100 p.100 du taux équivalent demandé pour des services semblables fournis au Manitoba. Les services hospitaliers sont payés à un taux pouvant aller jusqu'à 75 p.100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés. Les services hospitaliers sont payés monnaie américaine (articles 15 à 23 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux*).

Pendant l'exercice 2001-2002, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 5 276 344 $[2] pour des soins hospitaliers fournis dans des hôpitaux situés à l'extérieur du Canada. Santé Manitoba a, en outre, effectué des paiements s'élevant au total à environ 529 029 $[3] pour des services médicaux.

2 Ce chiffre ne comprend pas le montant payé pour combler l'écart imputable au taux de change relativement à des demandes de remboursement pour soins reçus aux É.-U.

3 Ce chiffre ne comprend pas le montant payé pour combler l'écart imputable au taux de change relativement à des demandes de remboursement pour soins reçus aux É.-U. en vertu du « Critical Shortages Fund ».

Dans les cas où Santé Manitoba avait obtenu une approbation préalable pour les services fournis à l'extérieur du Canada et que le paiement était inférieur au montant total facturé pour les services assurés, Santé Manitoba détermine s'il est nécessaire d'accorder des fonds supplémentaires en se fondant sur les besoins financiers.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il n'est pas nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour les services fournis dans d'autres provinces ou territoires. Une approbation préalable est toutefois requise pour les soins hospitaliers et médicaux facultatifs fournis à l'extérieur du Canada. Pour obtenir l'approbation, le spécialiste médical compétent doit s'adresser à Santé Manitoba.

Aucune modification législative, influant sur la transférabilité, n'a été apportée à la *Loi* ou au Règlement au cours de l'exercice 2001–2002.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé Manitoba veille à ce que les services médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient accès raisonnable. À compter du 1er janvier 1999, le *Règlement sur les soins en consultation externe des établissements chirurgicaux* (R.M. 222/98) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie* est entré en vigueur. Il a pour objet d'empêcher les établissements chirurgicaux privés de percevoir des honoraires supplémentaires pour les services médicaux assurés.

En juillet 2001, la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur les cliniques privées* et la *Loi sur les hôpitaux* ont été modifiées pour favoriser davantage et protéger l'accès du public au système de soins de santé. Les modifications comprenaient :

- des changements aux définitions et à d'autres dispositions de manière à ce qu'aucune facturation ne puisse être présentée aux personnes qui reçoivent des services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;
- la garantie qu'un établissement de chirurgie ne puisse effectuer des interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et, ainsi, fonctionner comme une clinique privée.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2002, le Manitoba comptait au total 3 951 lits pour soins actifs et 1 029 autres lits (traitement psychiatrique prolongé, soins palliatifs, soins chroniques, évaluation/ réadaptation de longue durée et à panneaux). Ces chiffres comprennent les lits du *Selkirk Mental Health Centre* (27 lits de soins actifs et 241 autres lits) qui font partie pour la première fois du bilan provincial.

Winnipeg compte 2 246 lits pour soins actifs,194 lits non accrédités pour les foyers de soins personnels et 420 autres lits, y compris deux hôpitaux qui offrent des soins de longue durée et un établissement de soins psychiatriques pour adolescents.

Dans les régions rurales et nordiques du Manitoba, on compte 1 678 lits pour soins actifs et 283 autres lits. On y trouve également deux hôpitaux fédéraux et 18 postes infirmiers fédéraux comprenant 93 lits. Les résidents des régions rurales et nordiques du Manitoba ont, de plus, accès aux lits pour soins actifs de Winnipeg.

Santé Manitoba continue de connaître une grave pénurie d'infirmières et d'infirmiers dans toute les régions géographiques. L'intérêt pour l'éducation en soins infirmiers demeure élevé. Ainsi, le nombre de demandes d'admission à tous les programmes de soins infirmiers excède la capacité. Les demandes d'admission aux programmes permettant l'obtention d'un permis en tant qu'infirmière autorisée ou qu'infirmière

praticienne autorisée excédaient le nombre de places disponibles. La réponse à la demande de soutien financier en vue de suivre des cours de recyclage a été très positive.

On trouve également au Manitoba un très large éventail d'autres professionnels de la santé. Les pénuries dans certains domaines technologiques comme la radiothérapie, l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les techniques de laboratoire sont également en train de devenir problématiques, le recrutement dans ces domaines étant difficile.

À l'heure actuelle, le Manitoba a accès à trois appareils à imagerie par résonance magnétique pour des essais cliniques, tous à Winnipeg. Le premier appareil a été installé en 1990 par la St. Boniface Research Foundation et remplacé en octobre 1998. Le deuxième, au Centre des sciences de la santé, fonctionne depuis septembre 1998. Cet appareil a été installé conjointement avec le Conseil national de recherches (CNR). Le troisième appareil IRM se trouve à Winnipeg : il est opérationnel depuis janvier 2000.

Le Manitoba compte 14 tomodensitomètres (scanners - TOM) : - trois au Health Sciences Centre (dont un pour les patients du service de pédiatrie), deux au St. Boniface General Hospital, ainsi qu'un à chacun des établissements suivants : Victoria General Hospital, Dauphin Regional Health Centre, Thompson General Hospital, Brandon Regional Health Centre, Boundary Trails Health Centre et les hôpitaux Misericordia, Seven Oaks, Grace et Concordia. On trouve en outre, des scanners à ultrasons dans les établissements de santé de Winnipeg et dans les régions rurales et nordiques. Les essais touchant la densité osseuse menés sur deux appareils situés à Winnipeg et à Brandon sont financés par Santé Manitoba.

Deux accélérateurs linéaires ont été installés dans l'immeuble rénové au site McCharles; ils ont été mis en service en décembre 2000 et en juin 2001. Ces appareils additionnels permettront d'assurer la prestation de traitement de radiothérapie de haute qualité. L'Hôpital d'oncologie de jour et de soirée a été établi dans le cadre d'efforts plus vastes visant à améliorer l'accès au traitement dans un cadre de soins appropriés. Ce programme permet aux cancéreux de suivre des traitements de chimiothérapie longs et complexes à titre de malades externes.

La conversion de la clinique Pan Am au Manitoba en un établissement à but non lucratif dans le cadre public est une innovation intéressante qui démontre comment l'assurance-maladie peut et devrait s'adapter aux changements rapides du secteur de la santé. La clinique Pan Am est un centre de chirurgie d'un jour situé à Winnipeg qui est reconnu comme un environnement médical de premier choix offrant des traitements d'avant-garde et de la technologie de pointe relativement à l'appareil musculo-squelettique, notamment les soins primaires, l'orthopédie, la rhumatologie et d'autres services connexes.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2001-2002, Santé Manitoba a poursuivi la mise en oeuvre de plusieurs initiatives visant à améliorer l'accès aux médecins dans les régions rurales et nordiques de la province. En juillet 2001, dans le cadre du plan d'action de recrutement des médecins en régions rurales, 15 nouveaux postes de médecin résident destinés à la formation de médecins de famille en milieu rural ont été ajoutés à la faculté de médecine. Cinq postes de médecin résident ont été créés pour offrir aux médecins en milieu rural une formation poussée. Un soutien à l'infrastructure sera offert par l'entremise du Bureau de santé des régions rurales et du Nord, sous la direction du directeur médical du Bureau. Ces projets ont été annoncés en juin 2002. Santé Manitoba vise à établir aussi un bureau pour les affaires du nord autonome au Nord du 53e parallèle.

Le Manitoba continue d'enregistrer de petites augmentations du nombre de nouveaux médecins inscrits auprès de l'organisme de réglementation professionnelle. Pour encourager le maintien en poste des diplômés du Manitoba, la province a consentit une subvention d'aide financière aux étudiants et aux résidents. En échange de l'aide financière reçue au cours de leur formation, les étudiants ou résidents acceptent de travailler au Manitoba pendant une période précise après l'obtention de leur diplôme. Le programme a été instauré en mai 2001. De plus, la province a introduit un

nouveau programme pour aider les médecins du Manitoba ayant reçu leur formation à l'étranger à obtenir leur permis d'exercice. En échange de cette aide, les médecins conviennent de travailler dans une région mal servie de la province pendant une période précise.

Le réseau de télésanté du Manitoba, sous le leadership de l'autorité sanitaire régionale de Winnipeg, a instauré l'infrastructure pour relier 23 sites de télésanté de la province. Grâce à ce lien moderne de télécommunications, les patients peuvent consulter des spécialistes et les membres du personnel médical peuvent se consulter entre eux sans avoir à assumer de frais de déplacement et les inconvénients de voyages du Nord à Winnipeg. En 2001-2002, des appareils de vidéoconférence pour la télésanté ont été ajoutés dans les hôpitaux de Flin Flon et de The Pas.

5.4 Rémunération des médecins et des dentistes

En 1998, le Manitoba et la *Manitoba Medical Association* (MMA) ont conclu un accord pour l'arbitrage des différends. Ce processus d'arbitrage a atteint son point culminant en août 1999. Le Conseil d'arbitrage a alors accordé une augmentation globale de 13,4 p. 100 pour les honoraires à l'acte, soit un montant de 33,5 millions de dollars. Il a en outre ordonné aux parties de parvenir à une entente quant à la répartition exacte de ce montant global. On a apporté la touche finale à cette entente d'allocation en février 2000. L'actuelle entente touchant la rémunération à l'acte a été en vigueur du 1er avril 1998 au 31 mars 2002. Au cours de cette période, l'accord d'arbitrage a continué de constituer un mécanisme de règlement des différends.

Les services assurés offerts par les médecins sont remboursés selon une combinaison de modalités : rémunération à l'acte, autres ententes de service, contrats indépendants, etc. En 2001-2002, aucune entente de capitation n'était en vigueur au Manitoba.

Le *Règlement sur les frais assurés engagés pour des services médicaux* (R.M. 51/2001) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit rémunération à l'acte à l'intention des médecins. Ce Règlement a été adopté au cours de l'exercice 2000–2001. Il abrogeait la réglementation en place et la remplaçait de manière à refléter les paiements en vigueur depuis le 1er février 2001.

Le Manitoba et l'Association dentaire du Manitoba (ADM) ont signé un protocole d'entente pour la période du 1er avril 1998 au 31 mars 2002. L'entente prévoyait une hausse de financement de 13 p. 100 sur quatre ans.

Les services assurés offerts par des chirurgiens de la région buccale et maxillo-faciale ou des dentistes autorisés à exercer leur profession sont payés à l'acte pour ce qui est des actes de chirurgie buccale, dentaire et maxillo-faciale exécutés dans des établissements hospitaliers seulement.

Le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit les paiements versés aux dentistes pour des services dentaires assurés. Le Règlement a été modifié au cours de l'exercice 2001-2002 de manière à refléter les paiements en vigueur depuis le 1er avril 2001.

Aucune des modifications apportées à la *Loi sur l'assurance-maladie* au cours de l'exercice 2001-2002 n'a eu de conséquences sur la rémunération des médecins et des dentistes.

5.5 Paiements aux hôpitaux

L'article 3.1 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* énonce les exigences touchant les ententes opérationnelles convenues entre les offices régionaux de la santé et les exploitants d'hôpitaux et de foyers de soins personnels (définis comme des entreprises donnant des soins de santé, aux termes de la Loi).

Selon les dispositions prévues dans ce titre, il n'est pas permis aux offices régionaux de la santé de fournir des fonds de fonctionnement aux entreprises offrant des soins de santé : à moins que les parties n'aient conclu un accord écrit qui prévoit les services de santé que l'entreprise offrant des soins de santé doit fournir, les fonds que l'Office doit accorder aux services de santé, la durée de l'accord; ainsi qu'un processus de règlement des litiges et les recours en cas de contravention à l'accord. Si

les parties ne peuvent parvenir à un accord, la Loi les autorise à demander au ministre de la Santé de nommer un médiateur afin de les aider à régler les questions en suspens. Si la médiation ne permet pas de régler le litige, le Ministre est habilité à régler l'affaire ou les affaires litigieuses; la décision que prend le Ministre est alors exécutoire pour les parties.

Les offices régionaux de la santé ont conclu les accords nécessaires. Les accords d'exploitation conclus entre l'Office régional de la santé de Winnipeg et les entreprises offrant des soins de santé qui exploitent des établissements à Winnipeg prendront fin le 31 mars 2006. Ces accords d'exploitation permettent à l'Office régional de la santé de déterminer les fonds nécessaires en se fondant sur des preuves matérielles, les pratiques exemplaires et les critères couramment appliqués dans des établissements comparables.

Outre l'Office régional de la santé de Winnipeg, il existe deux autres offices régionaux de la santé qui continuent à avoir des hôpitaux dirigés par des entreprises qui donnent des soins de santé dans leurs régions de santé respectives. Dans les autres régions, les hôpitaux sont tous dirigés par les offices régionaux de la santé ou par le gouvernement fédéral. Les accords en vigueur entre les offices régionaux de la santé et les entreprises offrant des soins de santé n'ont pas de dates d'expiration, et les offices sont habilités à déterminer les fonds à fournir chaque année.

La répartition des ressources par les offices régionaux de la santé, pour la prestation de services hospitaliers, est approuvée par Santé Manitoba dans le cadre de l'approbation des plans régionaux de santé des offices. Les offices sont tenus de soumettre ces plans à l'approbation du Ministère conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Aux termes de l'article 23 de la Loi, les offices sont tenus d'affecter leurs ressources conformément au plan régional de santé approuvé.

Aux termes du paragraphe 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les services hospitaliers assurés doivent être versés aux offices régionaux de la santé. Quant aux hôpitaux qui n'appartiennent pas à un office ou qui ne sont pas dirigés par un office, l'office est tenu de payer chaque hôpital conformément à tout accord conclu entre lui et l'organisme ou la personne qui dirige l'hôpital.

Aucune modification législative influant sur les paiements aux hôpitaux, n'a été apportée à la *Loi* ou au règlement au cours de l'exercice 2001-2002.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît habituellement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le Manitoba ne fait pas de publicité ni ne produit de documents faisant la promotion des services de santé assurés ou des services de soins complémentaires.

7.0 Services complémentaires de santé

Le Manitoba a mis sur pied des programmes de service communautaire destinés à remplacer de façon adéquate les services hospitaliers. Ces programmes de service sont offerts par Santé Manitoba par l'entremise des Offices régionaux de la santé. Parmi ces services, mentionnons ceux qui suivent.

Services de foyers de soins personnels

Le *Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels* pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, autorise la prestation de services aux bénéficiaires des foyers de soins personnels. Ces foyers, privés et non privés, sont agréés dans la province du Manitoba par Santé Manitoba. Les bénéficiaires des foyers de soins personnels payent aussi des frais d'hébergement. Pour l'exercice 2001-2002, les dépenses de fonctionnement totales de Santé Manitoba pour les services de soins personnels

se sont chiffrées à 362 351 366 $, le nombre total de lits pour soins personnels autorisés étant de 9 611. De plus, les dépenses estimatives en immobilisations et en équipement se sont élevées à 32 259 507 $.

Services de soins à domicile

Les soins à domicile du Manitoba constituent un programme d'envergure provinciale visant à offrir des services de santé communautaires efficaces, fiables et adaptés afin de favoriser l'autonomie de la personne et l'intégration communautaire permanente et permettre de recevoir des soins en établissement lorsqu'il n'y a pas d'aautre solution viable. Les services de soins à domicile sont offerts par l'entremise des bureaux locaux des offices régionaux de la santé. Ils comportent une vaste gamme de services fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins particuliers. Les services peuvent être coordonnés par un coordonnateur de cas ou autogérés et peuvent inclure de l'aide pour les soins personnels, un soutien à domicile, des soins de santé, un répit pour la famille, des soins de répit, des fournitures et de l'équipement, des programmes de jour pour les adultes et des services bénévoles.

Services de soins de santé ambulatoires

La Loi sur l'assurance-maladie renferme une disposition voulant que l'on désigne comme « institution » au sens de la Loi les centres de santé ambulatoires administrés par une autorité publique à but non lucratif. On trouve environ dix « institutions » qui reçoivent des contributions versées par Santé Manitoba.

Soins en établissement pour adultes

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes sont des établissements communautaires qui fournissent l'hébergement et les repas, de même que des soins sur place 24 heures sur 24, et qui assurent une surveillance et une aide pour certaines activités, de manière à répondre aux besoins particuliers des bénéficiaires. On classe ces établissements selon leur taille. Les foyers agréés peuvent compter jusqu'à trois adultes; les établissements autorisés ont un taux d'occupation de quatre adultes ou plus.

En vertu de la *Loi sur les services sociaux* et du Règlement du Manitoba (R.M.484/88R), les établissements de soins pour bénéficiaires internes doivent être agréés et répondre aux normes établies par la Direction de la réglementation des soins en résidence du ministère des Services à la famille et du Logement. Le règlement autorise l'agrément d'établissements pour trois catégories d'adultes atteints d'incapacité mentale (ceux qui sont atteints de maladie mentale, ceux qui ont une incapacité mentale et ceux qui sont atteints d'incapacité en raison de l'âge).

On compte actuellement au Manitoba 100 établissements de soins pour bénéficiaires internes, agréés et autorisés, pour les personnes atteintes de maladie mentale, pour un total de 506 lits. On y trouve également 62 établissements « mixtes » disposant de 147 lits. On y dénombre 14 établissements, agréés et autorisés, pour des personnes ayant des incapacités en raison de l'âge, pour un total de 162 lits. La plupart des établissements de soins pour bénéficiaires internes sont situés à Winnipeg et à Brandon.

Saskatchewan

Introduction

C'est en Saskatchewan que l'assurance-maladie a vu le jour. Les services hospitaliers assurés ont d'abord été offerts en Saskatchewan en 1947 et les services médicaux assurés ont suivi en 1962, renforçant ainsi le principe selon lequel les services de santé devraient être offerts aux individus en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer.

Aujourd'hui, face au débat soutenu sur l'orientation future des soins de santé au Canada, la Saskatchewan demeure résolue à respecter ce principe. D'aucuns reconnaissent, toutefois, qu'au sein du système de soins de santé financé par l'État, il y aurait lieu d'évoluer constamment vers un système plus durable qui permet d'assurer que les gens sont en meilleure santé et les collectivités plus saines.

Dans ce contexte, la Saskatchewan a été l'une des premières provinces au Canada à entreprendre un examen approfondi de la prestation des soins de santé. Les recommandations de la Commission Fyke sur les soins de santé ont servi de fondement à plusieurs mois d'étude et de consultations minutieuses. Au cours de ces consultations, le gouvernement a pris connaissance des observations d'un grand nombre de partenaires communautaires du secteur de la santé, de même que de résidents de l'ensemble de la province. Le message qui s'est dégagé de ces consultations était clair : les habitants de la Saskatchewan croient fermement dans le maintien du système d'assurance-santé, mais ils reconnaissent la nécessité d'apporter certains changements de manière à maintenir à l'avenir un système de santé solide et adapté aux besoins des Canadiens.

Suite à cet examen, le gouvernement a rendu public le document intitulé *Saskatchewan. Healthy People. A Healthy Province: The Action Plan for Saskatchewan Health Care* en décembre 2001. Ce document comprend un plan d'action à long terme pour le régime d'assurance-santé de la province visant à améliorer la santé des habitants de la Saskatchewan, tout en assurant la meilleure valeur pour chaque dollar consacré à la santé.

Pour réaliser cette vision, le plan de santé trace les grandes lignes de quatre objectifs clés, à savoir :

- assurer un meilleur accès aux services de soins de santé, y compris les soins hospitaliers et les soins d'urgence;
- améliorer les lieux de travail des travailleurs de la santé et traiter des pénuries de fournisseurs de soins de santé;
- appuyer la bonne santé et la prévention de la maladie pour tous les habitants de la Saskatchewan;
- améliorer la qualité, l'efficience et les mesures de responsabilisation afin d'assurer la durabilité à long terme de notre système de soins médicaux.
- Santé Saskatchewan oeuvrera en étroite collaboration avec les partenaires du secteur des soins de santé afin d'apporter les changements nécessaires pour renforcer et garantir le système de soins des santé pour l'avenir. Le ministère a déjà commencé à traiter des nombreuses mesures prévues dans le Plan de santé visant à régler les problèmes les plus pressants du système de soins de santé.

Par exemple, en 2002, le ministère a pris des mesures afin d'améliorer la gestion des listes d'attente pour les interventions chirurgicales afin d'assurer un accès opportun et équitable aux habitants de la Saskatchewan. L'appui accordé à la recherche en santé a été augmenté en Saskatchewan afin d'aider à encourager des soins de santé plus efficaces et reposant sur des données probantes. En outre, à titre de suivi au Plan d'action, le gouvernement a proposé une loi pour remplacer les 32 districts de santé avec 12 nouvelles autorités sanitaires régionales (ASR). La loi à cet effet a été mise en oeuvre en août 2002.

Les nouvelles ASR travailleront en étroite collaboration avec le ministère afin d'assurer un système de soins de santé coordonné, efficace et responsable qui offre des services de qualité et de niveau uniformes dans l'ensemble de la province. De façon plus précise, les autorités sanitaires régionales joueront un rôle clé dans l'évaluation des besoins locaux, de même que dans la planification et la prestation des services de santé afin de répondre à ces besoins.

Les ASR sont des partenaires clés d'un système de santé public qui offre une grande gamme de services hospitaliers, médicaux, de santé publique et mentale, de réadaptation et de lutte contre les toxicomanies aux résidents sans imposer de frais directs. Le gouvernement provincial contribue également à divers autres services comme les soins à domicile, les services ambulanciers, les services pharmaceutiques, les foyers de soins spéciaux et d'autres services spécialisés dont une certaine quote-part doit être assumée par le patient. Parmi les autres partenaires du système, il convient de mentionner les organismes associés, les médecins rémunérés à l'acte, les pharmaciens et d'autres fournisseurs de soins de santé. Le gouvernement provincial est le principal bailleur de fonds du système de santé de la Saskatchewan, fournissant près de 2,2 millions de dollars en 2001-2002.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation.

L'article 6.1 de *The Department of Health Act* (loi sur le ministère de la Santé) de 1978 autorise le ministre de la Santé à :

- payer en entier ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant gouverneur en conseil;
- payer en entier ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé dans tout district de santé ou partie de district de santé pour lequel ces services sont considérés nécessaires par le ministre;
- accorder des octrois ou subventions à tout organisme de santé si le ministre le considère nécessaire.

Les articles 8 et 9 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (loi sur l'assurance-santé de la Saskatchewan) de 1998 donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province.

La *The Health Districts Act* (loi sur les districts de santé) de 1993 donne au lieutenant gouverneur en conseil le pouvoir d'établir des conseils de districts de santé (article 3) et aux conseils de districts de santé, celui de dispenser les services (article 26). Trente-deux conseils de districts de santé ont été établis pour fournir les services hospitaliers assurés et une gamme d'autres services de santé. Récemment, les conseils de districts de santé ont été remplacés par douze nouvelles autorités sanitaires régionales. La loi *The Regional Health Authorities Act*, qui est entrée en vigueur le 1er août 2002, a remplacé la loi *The Health Districts Act*.

Les articles 5 et 11 de *The Cancer Foundation Act* (loi sur la fondation contre le cancer) de 1997 établissent la mise en place de la *Saskatchewan Cancer Foundation* et donnent à celle-ci le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des conseils de districts de santé et de *The Saskatchewan Cancer Foundation* pour 2001-2002 sont décrits dans *The Department of Health Act*, *The Health Districts Act* et *The Cancer Foundation Act*, tel que mentionné ci-dessus. Toutefois, la loi *The Regional Health Services Act*, qui est entrée en vigueur le 1er août 2002, a remplacé la loi *The Health Districts Act*, et régit maintenant nos nouvelles autorités sanitaires régionales.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé est sous la responsabilité directe du ministre de la Santé, à qui il doit faire rapport de façon périodique sur le financement des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés ainsi que sur l'administration des fonds destinés à ces services.

L'article 36 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* stipule que le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-santé à l'assemblée législative.

La *The Health Districts Act* (qui a été remplacée en août 2002 par la *The Regional Health Services Act*) obligeait tous les conseils de district de santé à soumettre au ministre de la Santé, dans les trois mois suivant la fin de chaque exercice financier :

- un rapport du conseil de district de santé sur les activités et coûts liés aux services;
- un ensemble détaillé d'états financiers vérifiés;
- un rapport sur l'état de santé des résidents du district de santé;
- un rapport sur l'efficacité des programmes du conseil de district de santé.

L'article 36 de la *The Health Districts Act* prescrivait aussi qu'un conseil de district de santé devait soumettre au ministre tout rapport que le ministre pourrait, le cas échéant, lui demander.

Tous les conseils de districts de santé sont tenus de soumettre des plans budgétaires annuels au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

Les conseils de districts de santé consultent également le personnel sur des questions qui préoccupent soit le conseil de district de santé soit le ministre de la Santé.

En vertu de *The Cancer Foundation Act*, la fondation contre le cancer est tenue de soumettre au ministre de la Santé, au cours de chaque exercice financier, un rapport sur ses activités de même qu'un état financier pour l'exercice financier précédent.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial effectue une vérification annuelle des ministères et organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé. Cette vérification comprend la vérification des paiements ministériels aux conseils de districts de santé, à la *Saskatchewan Cancer Foundation* ainsi qu'aux médecins et chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Le vérificateur provincial peut aussi effectuer des vérifications des conseils de districts de santé. En se fondant sur les normes professionnelles reconnues, le vérificateur provincial détermine lui-même l'étendue et la fréquence de ces vérifications.

L'article 36 de *The Health Districts Act* stipulait que les comptes d'un conseil de district de santé doivent être vérifiés au moins une fois par exercice par un vérificateur indépendant qui possède les compétences requises et qui est nommé à cette fin par le conseil de district de santé. Chaque conseil de district de santé doit soumettre annuellement au ministre de la Santé un ensemble détaillé d'états financiers vérifiés. Des dispositions similaires figurent dans la *The Regional Health Services Act*, qui est entrée en vigueur le 1er août 2002.

L'article 34 de *The Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la fondation doivent être vérifiés au moins une fois l'an par le vérificateur provincial ou un représentant désigné par celui-ci.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

The Department of Health Act de 1978 impute au ministère de la Santé la responsabilité d'administrer les lois reliées à la santé (article 5) et décrit les pouvoirs et devoirs du ministre de la Santé (article 6), dont les pouvoirs de défrayer les coûts des services de santé et de financer les organismes dispensant des services de santé. Au cours de 2001-2002, aucune modification n'a été apportée à la loi.

The Health Districts Act de 1993 prescrit l'établissement de conseils de districts de santé (article 5) responsables de la planification et de la gestion de la prestation des services de santé (article 26) et elle donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux conseils de districts de santé aux fins de la loi (article 32) de même que de participer à des ententes avec les conseils de districts de santé au sujet des subventions accordées en vertu de la loi ou de toute autre question reliée aux activités ou affaires d'un conseil de district de santé (article 33). Le financement des hôpitaux est maintenant compris dans le financement octroyé aux districts de santé.

En date du 31 mars 2002, les établissements suivants fournissaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et externes :

- soixante-huit établissements de soins actifs fournissaient des services à des malades hospitalisés et externes;
- un hôpital de réadaptation dispensait des soins pour le traitement, le rétablissement et la réadaptation de personnes devenues invalides à la suite d'une blessure ou d'une maladie. Des services de réadaptation étaient également fournis dans l'unité de réadaptation gériatrique d'un autre hôpital et de deux établissements de soins spéciaux.

The Hospital Standards Act (loi sur les normes hospitalières) et *The Hospital Standards Regulations* (règlement sur les normes hospitalières) (1980) établissent des normes minimales pour les soins ainsi que certaines exigences administratives pour les hôpitaux. Tous les hôpitaux doivent posséder les installations nécessaires à la prestation de services de traitement aux malades hospitalisés et externes et ils doivent disposer de services de diagnostic, d'une salle de radiographie et d'une chambre noire ainsi que d'une pharmacie afin de faciliter la distribution adéquate et exacte des médicaments. La loi permet également aux médecins d'en appeler de décisions ayant trait à l'attribution de privilèges hospitaliers.

The Hospital Standards Act prévoit aussi la nomination par le ministre d'au moins un inspecteur qui vérifie et fait rapport sur les établissements approuvés en vertu de la loi (article 12). L'article 103 de *The Hospital Standards Regulations* comprend une clause mentionnant que le ministre, un inspecteur ou toute personne autorisée par le ministre peut, à tout moment, visiter un hôpital afin de s'assurer de sa conformité à la loi et aux règlements.

Le ministère incite les districts de santé à obtenir une reconnaissance du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) pour l'ensemble du district et il les soutient dans cette démarche. Le CCASS est le principal organisme de réglementation pour les organisations de tous les secteurs de santé du Canada. Le processus d'agrément du Conseil consiste à évaluer tous les aspects de la prestation des services de santé en adoptant une perspective axée sur le client. Les districts de santé participant évaluent et comparent leurs organisations en fonction des normes de qualité nationales, afin qu'ils puissent en arriver à des programmes coordonnés, souples et appropriés pour tous les résidents. En 2001-2002, 30 districts de santé participaient au processus d'agrément du CCASS.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, qui peut comprendre :

- l'hébergement en salle commune;
- les services de soins infirmiers nécessaires;
- l'usage d'une salle d'opérations et d'une chambre d'accouchement;
- les matériels et appareils médicaux et chirurgicaux;
- les procédures de radiographie, de laboratoire, de radiologie et les autres procédures de diagnostic;
- les installations de radiothérapie;
- les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie;
- les procédures de physiothérapie;
- tous les médicaments et préparations biologiques ou semblables administrés à l'hôpital;
- les services rendus par des personnes qui reçoivent une rémunération de l'hôpital.

Il n'existe aucun registre ou liste centrale couvrant l'éventail complet des services fournis par les hôpitaux de la Saskatchewan (par exemple, il n'existe aucune liste de tous les services de soins infirmiers, de toutes les procédures de laboratoire, de radiologie et de diagnostic disponibles).

En fonction de leur évaluation des besoins en matière de santé de la population qu'ils desservent et des ressources financières dont ils disposent au titre des professionnels de la santé, les conseils de districts de santé ont le pouvoir de changer leur façon d'offrir les services hospitaliers assurés.

Le processus prévu pour l'ajout d'un service hospitalier à la liste de services couverts par le régime d'assurance-santé comprend un examen approfondi portant sur des facteurs comme les besoins en services, le volume de services anticipé, les résultats cliniques obtenus par les services proposés et les services de rechange, les exigences en matière de coûts et de ressources humaines, y compris la disponibilité des fournisseurs ainsi que les demandes initiales et permanentes relatives à l'assurance de la compétence. Compte tenu du service particulier demandé, les consultations pourraient faire intervenir plusieurs directions générales de Santé Saskatchewan Health, de même que des groupes d'intervenants externes comme les régions sanitaires, les fournisseurs de services et le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (1998) habilitent le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province.

En juin 2001 et le 1er janvier 2002, des amendements ont été apportés à *The Physician Payment Schedule* (programme de rémunération des médecins) de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* (règlement sur les paiements au sein du régime d'assurance-santé de la Saskatchewan) conformément à l'entente prise avec la *Saskatchewan Medical Association* (association médicale de la Saskatchewan). Ces amendements prévoyaient l'ajout de nouveaux services médicaux assurés et des changements des niveaux de paiement pour certains services choisis.

En Saskatchewan, les médecins peuvent fournir des services médicaux assurés s'ils sont autorisés par le *College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan* (collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan) et s'ils consentent à accepter le paiement du ministère de la Santé pour les services assurés, sans imposer de surfacturation.

En date du 31 mars 2002, 1 633 médecins détenaient une autorisation d'exercer dans la province et étaient admissibles à participer au régime d'assurance-santé. L'augmentation comparativement aux années antérieures découle en partie de l'inclusion des inscriptions des suppléants exclus auparavant du nombre total de médecins en exercice.

Les médecins peuvent choisir de se retirer du *Medical Services Plan* (régime de soins médicaux) ou de ne pas y participer, mais s'ils font ce choix, ils doivent renoncer complètement à tous les services médicaux assurés. Le médecin ayant décidé de se retirer du régime doit aussi aviser les bénéficiaires que les services médicaux qui seront fournis ne sont pas des services assurés et que le bénéficiaire n'a pas droit au paiement de ces services. Une reconnaissance écrite du bénéficiaire mentionnant qu'il/elle comprend l'avertissement donné par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2002, aucun médecin de la Saskatchewan n'avait choisi de se retirer du régime.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires qui sont rendus par des médecins, et qui sont couverts par le régime de soins médicaux du ministère de la Santé et inscrits dans *The Physician Payment Schedule*, qui fait partie de la réglementation afférente à *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* intitulée *The Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations*.

En date du 31 mars 2002, il existait environ 3 000 services médicaux assurés différents.

Les services médicaux assurés sont ajoutés au régime de soins médicaux au cours d'un processus de discussion officielle avec la *Saskatchewan Medical Association*. Le directeur administratif de la *Medical Services Branch* gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Lorsqu'un nouveau service médical assuré devient couvert par le régime de services

médicaux, un amendement obligatoire est apporté à *The Physician Payment Schedule*. Un certain nombre de nouveaux services ont été ajoutés au cours de l'exercice 2001-2002.

Tout membre du public peut faire des recommandations sur les services médicaux à ajouter au régime de services médicaux, et ce, même si aucune consultation publique officielle n'est effectuée à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes inscrits au *College of Dental Surgeons* (collège des chirurgiens-dentistes) de la Saskatchewan et désignés par le collège à titre de spécialistes capables d'effectuer des chirurgies dentaires peuvent offrir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime de soins médicaux.

En date du 31 mars 2002, 94 spécialistes dentaires dispensaient de tels services.

Les dentistes peuvent choisir de se retirer du régime de soins médicaux ou de ne pas y participer, mais s'ils font ce choix, ils doivent renoncer à tous les services de chirurgie dentaire assurés. Le dentiste doit aussi aviser les bénéficiaires que les services de chirurgie dentaire qui seront fournis ne sont pas assurés et que le bénéficiaire n'a pas droit au paiement de ces services. Une reconnaissance écrite par le bénéficiaire indiquant qu'il/elle comprend l'avertissement qui lui a été donné par le dentiste est également exigée.

En date du 31 mars 2002, aucun dentiste de la Saskatchewan n'avait choisi de se retirer du régime.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont les services de chirurgie dentaire qui sont médicalement nécessaires et qui doivent être rendus dans un hôpital. Ces services comprennent, notamment :

- la chirurgie buccale qui doit être effectuée dans un hôpital et qui est nécessaire à la suite d'un trauma;
- le traitement des jeunes enfants ayant une fissure du palais;
- les soins dentaires en milieu hospitalier devant appuyer des soins médicaux-chirurgicaux (par ex. extractions lorsqu'elles sont médicalement nécessaires);
- le traitement chirurgical du dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés couverts par le régime de soins médicaux à la suite d'un processus de discussion et de consultation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la *Medical Services Branch* gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Tout membre du public peut recommander que des services de chirurgie dentaire soient ajoutés au régime de services médicaux, et ce, même si aucune consultation publique officielle n'est tenue à ce sujet.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés comprennent, notamment :

- les services hospitaliers donnés aux malades hospitalisés et externes pour des raisons autres que la nécessité médicale;
- les frais supplémentaires reliés à l'hébergement en chambre privée ou semi-privée non exigé par un médecin;
- les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par un conseil de district de santé ou en fonction d'un contrat avec celui-ci;
- les services fournis par des établissements de santé autres que des hôpitaux, à moins que ce ne soit dans le cadre d'une entente avec le ministère de la Santé de la Saskatchewan;
- les services non urgents de traitement de la cataracte et les services non urgents d'imagerie diagnostique fournis à l'extérieur de la Saskatchewan sans approbation écrite préalable;
- les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada sans approbation écrite préalable;

- les services médicaux non urgents qui ne sont pas médicalement exigés;
- les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui ne nécessitent pas d'être rendus dans un hôpital;
- les services couverts par la *Saskatchewan Workers' Compensation Board* (commission des accidents du travail de la Saskatchewan).

En principe et selon les politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis en fonction d'un besoin clinique évalué. La conformité à ce principe est surveillée de façon périodique au moyen de consultations menées auprès des conseils de districts de santé, des médecins et des dentistes.

En Saskatchewan, aucuns frais ne sont exigés pour les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaires. Il est permis d'exiger des frais pour de meilleurs services ou produits médicaux seulement si le service ou produit médical n'est pas jugé médicalement nécessaire. La conformité est surveillée au moyen de consultations menées auprès des conseils de districts de santé, des médecins et des dentistes.

S'il évalue que certains services hospitaliers ne sont plus médicalement nécessaires, le gouvernement pourrait ne plus les assurer. Le processus serait fondé sur des discussions entre les conseils de districts de santé, des praticiens et des fonctionnaires du ministère de la Santé.

Certains services de chirurgie dentaire assurés pourraient ne plus l'être s'ils deviennent non médicalement nécessaires ou s'ils ne doivent plus être rendus dans un hôpital. Le processus serait fondé sur des discussions et consultations avec les chirurgiens dentistes de la province et géré par le directeur administratif de la *Medical Services Branch*.

Certains services médicaux assurés pourraient ne plus l'être s'ils sont établis comme non médicalement nécessaires. Le processus serait fondé sur des consultations menées auprès de la *Saskatchewan Medical Association* et géré par le directeur administratif de la *Medical Services Branch*.

Si elles sont justifiées, il se pourrait que des consultations publiques officielles au sujet des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire qui pourraient ne plus être assurés soient menées.

Aucun service de santé assuré n'a été désassuré en 2001-2002.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

The Saskatchewan Medical Care Insurance Act (articles 2 et 12) et *The Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* (règlement sur les bénéficiaires et l'administration du régime d'assurance-santé) établissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. Aucune modification n'a été apportée à cette loi au cours de 2001-2002.

L'admissibilité est limitée aux « résidents ». Un « résident » est une personne légalement autorisée à résider au Canada qui établit son domicile en Saskatchewan et qui y est habituellement présente ou, encore, toute autre personne déclarée résidente par le lieutenant gouverneur en conseil.

Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent d'ailleurs au Canada pour s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à la couverture offerte par le régime à compter du premier jour du troisième mois suivant leur établissement de résidence en Saskatchewan.

Les Canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et travailleurs étrangers sont admissibles à la couverture offerte par le régime lorsqu'ils établissent leur résidence en Saskatchewan, pourvu que cette résidence soit établie avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les catégories de personnes suivantes ne sont pas admissibles aux services de santé assurés en Saskatchewan :

- les personnes protégées en vertu de programmes de santé du gouvernement fédéral (c'est-à-dire les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus sous responsabilité fédérale, les personnes ayant demandé le statut de réfugié et les réfugiés kosovars qui sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire PFSI;
- les visiteurs de la province;
- les personnes qui sont admissibles à la couverture offerte par leur province ou territoire de résidence pendant la durée de leur séjour en Saskatchewan (par ex. les étudiants et travailleurs couverts par leur province ou territoire de résidence en vertu de clauses d'absence temporaire).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles s'il s'agit :

- de membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada retirés du service, s'ils étaient en poste en Saskatchewan ou résidents de la Saskatchewan à la date de leur retraite;
- de détenus sous responsabilité fédérale, au moment de leur libération;
- de personnes ayant demandé le statut de réfugié, sur réception de leur statut de réfugié au sens de la convention (documents de l'immigration exigés);
- de réfugiés kosovars, à l'échéance de leur protection en vertu du PFSI (documents de l'immigration exigés).

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Le processus d'inscription suivant sert à émettre une carte donnant droit aux services de santé et à inscrire l'admissibilité d'une personne aux services de santé assurés :

- tout résident (autre qu'un enfant à charge de moins de 18 ans) doit s'inscrire;
- l'inscription doit avoir lieu immédiatement après l'établissement de résidence en Saskatchewan;
- l'inscription peut se faire en personne à Regina ou par la poste;
- chaque personne admissible inscrite se voit remettre une carte en plastique lui donnant droit aux services de santé et portant son numéro de services de santé, numéro unique et permanent qui est composé de 9 chiffres;
- les cartes sont renouvelées tous les trois ans (les cartes actuelles viennent à échéance en décembre 2002).

Toutes les inscriptions sont fondées sur la famille. Les parents/tuteurs peuvent inscrire les enfants à charge de moins de 18 ans de leur unité familiale. Les enfants de 18 ans et plus vivant au domicile de leurs parents ou ailleurs doivent s'inscrire eux-mêmes.

Au 30 juin 2001, il y avait 1 024 788 personnes inscrites en Saskatchewan.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé assurés comprennent les personnes autorisées à entrer et à demeurer au Canada en vertu soit d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre émis par Citoyenneté et Immigration Canada. La famille qui les accompagne peut aussi être admissible à la couverture des services de santé assurés.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut au sens de la convention combinée soit à un permis de travail/de séjour pour étudiants, à un permis du ministre ou à un dossier de « résident permanent » (c'est-à-dire immigrant reçu).

En date du 30 juin 2001, il y avait en Saskatchewan 4 280 de ces résidents « temporaires ».

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

En général, les personnes assurées dans une autre province ou un autre territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence.

Cependant, quand l'un des conjoints arrive avant l'autre, l'admissibilité du conjoint arrivé le premier est établie en fonction de la date la plus tôt entre celle du premier jour du troisième mois suivant l'arrivée du second conjoint et celle du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de résidence du premier conjoint.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'article 3 du règlement intitulé *The Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* afférent à *The Medical Care Insurance Act* décrit la transférabilité de l'assurance-santé fournie aux résidents de la Saskatchewan lorsqu'ils sont absents temporairement de la province mais qu'ils restent au Canada. Aucune modification n'a été apportée à cette loi au cours de 2001-2002.

La couverture continue durant une telle période d'absence temporaire est conditionnelle à l'intention de la personne inscrite de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent.

- Études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, émise par le registraire, est exigée annuellement).
- Emploi : jusqu'à 12 mois (aucun document requis).
- Vacances/voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de *The Department of Health Act* prévoit l'autorisation du paiement des services hospitaliers, à titre de malades hospitalisés, aux bénéficiaires de la Saskatchewan temporairement à l'extérieur de la province.

L'article 10 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* autorise le paiement des services médicaux aux bénéficiaires de la Saskatchewan temporairement à l'extérieur de la province.

Concernant la facturation, la Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales réciproques avec toutes les provinces pour les services hospitaliers et avec toutes les provinces sauf le Québec pour les services médicaux. Les tarifs payés sont ceux de la province hôte.

En 2001-2002, les dépenses pour les services médicaux rendus hors province ont été de 15,52 millions de dollars et celles pour les services hospitaliers rendus hors province ont été de 27,87 millions de dollars.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

L'article 3 de *The Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations*, règlement afférent à *The Medical Care Insurance Act*, décrit la transférabilité de l'assurance-santé accordée aux résidents de la Saskatchewan lorsqu'ils sont temporairement absents du Canada.

La couverture continue des étudiants, travailleurs temporaires et vacanciers/voyageurs durant une période d'absence temporaire du Canada est conditionnelle à l'intention de la personne inscrite de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent.

- Étudiants : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, signée par le registraire, est exigée à chaque année).
- Emploi : jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée).
- Vacances/voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de *The Department of Health Act* comprend les clauses selon lesquelles un résident est admissible à la couverture de l'assurance-santé lorsqu'il est temporairement à l'extérieur du Canada. En résumé, un résident est admissible aux services hospitaliers médicalement nécessaires au tarif de 100 $ par jour pour un malade hospitalisé et de 50 $ par jour pour la visite d'un malade externe.

En 2001-2002, la somme de 1 009 400 $ a été payée pour les services hospitaliers fournis aux malades hospitalisés et la somme de 375 900 $ a été dépensée pour les services hospitaliers donnés aux malades externes.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvre la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus au Canada par les résidents de la province par le truchement d'une entente de facturation réciproque. Grâce à cette entente, les résidents n'ont pas besoin d'une approbation préalable et ne seront pas facturés pour la plupart des services reçus dans les autres provinces ou territoires lors de voyages au Canada. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

L'entente de facturation réciproque pour les services médicaux s'appliquent à toutes les provinces à l'exception du Québec. Les factures des médecins sont soumises et le ministère de la Santé de la Saskatchewan rembourse les services assurés obtenus au Québec aux taux fixés en Saskatchewan. Toutefois, les services seront remboursés aux taux du Québec si une approbation préalable est accordée.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- traitement pour alcoolisme ou toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs;
- chirurgie de la cataracte, ostéodensitométrie, et imagerie par résonnance magnétique (IRM), étant donné que le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne couvre pas habituellement ces services s'ils sont obtenus à l'extérieur de la province.

Avant que le ministère de la Santé ne finance les services reçus par un résident de la Saskatchewan dans une autre province ou un territoire, une approbation préalable doit être obtenue du ministère par le spécialiste du patient.

À l'extérieur du pays

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur du pays :

- Si un médecin spécialiste aiguille un patient vers l'extérieur du Canada pour un traitement non disponible en Saskatchewan ou dans une autre province, le spécialiste traitant doit d'abord demander une approbation du régime de soins médicaux du ministère de la Santé de la Saskatchewan. Les demandes de traitement du cancer à l'extérieur du pays doivent être approuvées par la *Saskatchewan Cancer Agency*. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvrira les coûts du traitement, à l'exception de tout élément non couvert en Saskatchewan.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne couvre pas habituellement les services non urgents, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou médicaux, de services d'optométrie ou de chiropractie. Une approbation préalable est donc requise.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Afin de garantir que l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés n'est pas entravé ou empêché à cause d'obstacles financiers, la surfacturation par les médecins ou les chirurgiens dentistes et l'exigence de frais modérateurs par les hôpitaux ne sont pas permises en Saskatchewan.

The Saskatchewan Human Rights Code (charte des droits de la personne de la Saskatchewan) interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation de famille, l'état matrimonial, l'invalidité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2002, la Saskatchewan comptait 66 hôpitaux de soins actifs, avec une capacité de 3 093 lits (2 544 lits pour soins actifs, 209 lits pour soins psychiatriques et 340 autres lits).

L'hôpital Wascana Rehabilitation disposait de 118 lits pour soins de réadaptation, de 109 lits pour soins prolongés et de 80 autres lits pour soins de longue durée. Des soins de réadaptation sont également offerts dans une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs et dans deux établissements de soins spécialisés.

Le ministère ne recueille pas d'information sur les lits pour soins actifs utilisés pour les services en clinique externe.

Des données couvrant l'ensemble de la province et provenant d'une enquête menée auprès des employeurs en santé, la *Provincial Health Employer Survey*, indiquent que tout au long des années 1990, le nombre de professionnels de la santé à l'emploi du système de santé provincial a augmenté légèrement, mais de façon constante. Dans presque tous les cas, le nombre de professionnels de la santé pratiquant dans la province a augmenté tout au long de la dernière décennie. Au cours de cette période, le nombre d'infirmières autorisées, d'infirmières auxiliaires autorisées et d'infirmières psychiatriques autorisées a diminué (d'environ 6,75 p. 100 pour les infirmières autorisées et d'environ 21 p. 100 pour les infirmières auxiliaires autorisées et d'environ 5,3 p. 100 pour les infirmières psychiatriques autorisées).

La banque de données sur les infirmières autorisées de l'Institut canadien d'information sur la santé indique qu'en 2001, le rapport d'infirmières autorisées envers la population de la Saskatchewan (80,8/10 000) était similaire à celui des autres provinces et plus élevé que le taux pour l'ensemble du Canada (74,3/10 000).

Au cours des deux dernières années, les hôpitaux ont manqué de personnel infirmier, particulièrement d'infirmières possédant une formation spécialisée leur permettant de travailler dans des domaines comme les salles d'opérations, les soins intensifs et la dialyse.

Les initiatives suivantes ont été mises en oeuvre pour améliorer le recrutement et favoriser le maintien en poste du personnel infirmier en 2001-2002 :

- un programme de bourses pour les infirmières de 500 000 $ a été prévu pour les étudiantes des programmes de formation des inf. aux. aut., des inf. psy. aut. et des inf. aut.);
- Une conseillère principale en soins infirmiers pour la Saskatchewan a été nommée pour conseiller le ministre et la sous-ministre et partager son expertise avec eux sur les questions touchant les politiques et les programmes connexes aux soins infirmiers, et travailler avec les professionnels de la santé, les employeurs, les organismes de réglementation professionnelle et les syndicats afin de traiter des questions concernant les soins infirmiers.
- Un conseil provincial de soins infirmiers a été créé et en 2001 s'est vu consentir 700 000 $ en financement au titre de projets reliés à des lieux de travail de qualité, à l'élargissement du travail occasionnel et au mentorat des étudiantes au cours de leurs travaux cliniques.
- La province a travaillé avec la SRNA et le Nursing Education Program de la Saskatchewan afin d'élaborer des options élargies d'enseignement pour le programme de soins infirmiers.
- La province a fait de la publicité à l'échelle nationale afin d'obtenir des infirmières et a récemment lancé une nouvelle campagne publicitaire dans l'ensemble de la province et à l'échelle nationale où nous faisons la promotion de la Saskatchewan comme un endroit où il fait bon vivre et travailler et nous reconnaissons nos nombreux fournisseurs de soins de santé.
- Un protocole d'entente a été signé avec les mêmes partenaires afin d'établir un programme de soins infirmiers dans le Nord à Prince Albert, lequel doit être entrepris à l'automne de 2002.
- La province a fourni 37 500 $ en 2001 afin de financer le *Native Access Program for Nursing* à Regina.
- Un financement additionnel de 3 millions de dollars a été annoncé pour le maintien en poste, le recrutement et la formation des fournisseurs de soins de santé.

En ce qui a trait à la disponibilité du matériel et des services choisis pour le diagnostic, les soins médicaux, la chirurgie et le traitement dans les établissements fournissant les services hospitaliers assurés :

- les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont situés à Saskatoon (2) et à Regina (1);
- les appareils de tomodensitométrie sont disponibles à Saskatoon (3), à Regina (3),à Prince Albert (1) et à Swift Current/Moose Jaw (1);
- la dialyse rénale est offerte à Saskatoon, à Regina, à Lloydminster, à Prince Albert, à Tisdale, à Yorkton et à Swift Current;
- des services de traitement du cancer sont offerts par les deux cliniques anticancéreuses de la *Saskatchewan Cancer Agency*, le *Saskatoon Cancer Centre* et le *Allan Blair Cancer Agency* à Regina. L'année dernière, 4 218 nouveaux patients ont entrepris un traitement anticancéreux et environ 47 000 traitements ont été administrés à des nouveaux patients et à des patients faisant l'objet d'une révision;
- vingt-deux sites (se trouvant dans dix-huit districts de santé) participent au programme communautaire d'oncologie qui permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon;
- environ 71 p. 100 des services de chirurgie sont fournis à Saskatoon et à Regina, où sont en place des médecins et du personnel spécialisés ainsi que l'équipement permettant d'offrir une gamme complète de services chirurgicaux. Six hôpitaux de taille moyenne situés à Prince Albert, Moose Jaw, Yorkton, Swift Current, North Battleford et Lloydminster offrent un pourcentage additionnel de 23 p. 100 des services de chirurgie; les services qui restent sont offerts dans de plus petits hôpitaux de l'ensemble de la province;
- des liens de télésanté ont été établis pour permettre aux résidents d'un certain nombre de régions rurales et éloignées d'accéder à un spécialiste, à un médecin de famille et à d'autres fournisseurs de services de santé sans qu'ils aient à se déplacer sur de longues distances.

En 2001-2002, un certain nombre de mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés.

- L'accès aux services d'imagerie médicale spécialisée, notamment IRM, test de tomodensitométrie et de teneur minérale de l'os, a pris de l'ampleur en Saskatchewan au cours de l'exercice 2001-2002. Au cours de cette période, environ 13 000 IRM ont été effectuées, ce qui représente une hausse de 8 p. 100 cent comparativement à l'année précédente; environ 65 000 tests de tomodensitométrie ont été effectués, ce qui correspond à une hausse de 6 p. 100 comparativement à l'année précédente.
- L'accès aux services de dialyse rénale a été amélioré suite à l'élargissement, en juin 2001, à la satellite de Prince Albert où les postes sont passés de quatre à six. Yorkton a également travaillé à des plans visant l'élargissement de leur satellite, lequel s'est produit en avril 2002.
- Le 30 juin 2000, le Réseau de télésanté du nord (RTN), projet-pilote de 12 mois, a pris fin. Le RTN est un partenariat entre le ministère de la Santé de la Saskatchewan et six districts de santé. Une évaluation externe a établi que le réseau a amélioré l'accès aux services pour les patients/clients, particulièrement en pédopsychiatrie et en dermatologie. Le nombre de cliniques spécialisées dans le Nord est demeuré stable, ce qui signifie que le RTN a facilité l'accès aux spécialistes sans augmenter leurs déplacements.
- Le RTN s'est avéré un outil efficace pour la consultation clinique et le perfectionnement professionnel dans le nord de la Saskatchewan. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continuera d'appuyer le réseau et a demandé du financement pour l'exercice 2000-2001 à Santé Canada dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) dans le but d'élargir la portée du programme au reste de la province.
- À l'été 2001, des cliniques pour l'insuffisance rénale chronique ont été établies dans les districts de Regina et de Saskatoon. Ces cliniques ont pour objet de retarder la

nécessité de la dialyse et de mieux préparer les clients à choisir le traitement - hémodialyse, dialyse péritonéale ou dialyse à domicile, ou transplantation.

- Le Community Oncology Program continue d'être actif en permettant à de nombreux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien au sein de leur propre collectivité. Ce programme a fait l'objet d'un projet pilote initial en 1996-1997 au sein de quatre districts de santé. À l'heure actuelle, il y a 22 installations communautaires pleinement agréées qui sont en mesure de fournir des traitements de chimiothérapie sélectifs aux patients dans leur propre collectivité.
- La *Cancer Agency* est responsable du programme provincial de dépistage du cancer du sein. Le programme de dépistage est réparti entre sept sites dans la province et une unité mobile de mammographie qui se rend dans les collectivités non desservies par un site permanent. Le programme de dépistage a le plus haut taux de participation au Canada, desservant plus de 36 000 femmes par année.
- L'établissement du Programme de prévention du cancer du col de l'utérus a été annoncé officiellement en 2001-2002. Un comité directeur, le Comité consultatif pour le Programme de prévention de cancer du col de l'utérus, est responsable de la conception et de la mise en oeuvre d'un programme organisé de dépistage de cancer du col de l'utérus pour la Saskatchewan. On prévoit qu'il faudra de deux à trois ans pour l'élaboration du programme, celui-ci devant être pleinement opérationnel en 2004.
- Le programme provincial de transplantation de cellules souches continue à prendre de l'essor. En 2001-2002, le programme a été élargi pour comprendre la transplantation d'organes allogénique (c.-à-d., infusion de cellules souches compatibles avec les tissus d'un donneur apparenté). La prestation de ce service spécialisé permet d'assurer qu'un plus grand nombre de patients atteints du cancer peuvent être traités efficacement plus près de leur domicile, réduisant ainsi le fardeau financier et émotif associé aux déplacements sur de longues distances pour obtenir un traitement.
- Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue de consacrer beaucoup de temps et de ressources pour traiter des questions reliées aux listes d'attente.
- Le ministère de la Santé de la Saskatchewan a continué à participer au projet des listes d'attente de l'Ouest du Canada en collaboration avec 19 organisations partenaires des quatre provinces de l'Ouest. Le projet favorise la collaboration avec les groupes intéressés (p. ex. les médecins, le public, les autorités sanitaires régionales, les gouvernements) en vue d'élaborer et de mettre à l'essai des outils d'évaluation clinique. Ces outils permettront aux médecins de revoir systématiquement la priorité concernant les patients en attente des interventions médicales suivantes : le remplacement total ou partiel de la hanche ou du genou, la chirurgie de la cataracte, une chirurgie générale, des services de pédopsychiatrie et des examens par IRM. L'importance et le potentiel de ces outils ont été largement reconnus et leur utilisation par les cliniciens, les autorités sanitaires et les ministères fait l'objet d'un examen actif dans toutes les provinces de l'Ouest.
- Les constatations et les recommandations préliminaires du rapport intitulé « *Surgical Wait List Management; A Strategy for Saskatchewan* » ont servi de fondement à la stratégie sur les listes d'attente décrite dans le plan d'action rendu public par le gouvernement en décembre 2001.
- La stratégie sur les listes d'attente décrite dans le nouveau plan d'action a pour objet d'assurer que les patients qui attendent une intervention chirurgicale en Saskatchewan reçoivent les soins dont ils ont besoin dans des délais qui conviennent sur le plan clinique et de façon juste et équitable.
- En mars 2002, le *Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN)* a été établi afin d'assurer qu'une variété de perspectives sont appliquées aux importantes tâches que constituent l'évaluation des questions d'accès aux interventions chirurgicales dans l'ensemble de la province et la détermination de la façon de les régler. Ce comité nouvellement établi est un important partenariat provincial et compte des représentants des professions des soins de santé, des districts de santé,

des établissements de formation, du gouvernement et du public. Le *SSCN* et la participation d'une vaste gamme d'intervenants constitueront des éléments essentiels pour dégager un consensus et pour aller de l'avant avec la stratégie sur la gestion des listes d'attente en Saskatchewan, comme il est décrit dans le *Action Plan for Health Care*. Qui plus est, le *SSCN* fournira des conseils clés à Santé Saskatchewan au sujet de la planification et de la prestation des services chirurgicaux dans la province.

- En 2001-2002, le gouvernement provincial a continué de consentir des fonds aux quatre plus importants districts de santé de la province à même le fonds pour les listes d'attente pour des services chirurgicaux de 13 millions de dollars créé en août 1999 afin de régler les questions liées aux listes d'attente et de réduire le temps d'attente pour les services assurés. Les fonds servent : à acheter de l'équipement supplémentaire; à augmenter le temps de salle d'opération disponible;à financer des initiatives de recrutement du personnel, de maintien de l'effectif et de formation; à
- mettre en place des initiatives de coordination et de gestion de l'utilisation.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2002, il y avait 1 633 médecins actifs titulaires d'un permis d'exercice de la médecine dans la province et admissibles à participer au régime de soins médicaux. De ce nombre, 937 (63,1 p. 100) étaient des médecins de famille et 696 (42,6 p. 100) étaient des spécialistes. Ce virage vers un plus grand nombre de spécialistes que par les années passées résulte de l'inclusion de « spécialistes agréés à l'étranger » dans la catégorie à laquelle ne figuraient que les spécialistes agréés au Canada.

En date du 31 mars 2002, environ 368 dentistes et chirurgiens dentistes pratiquaient dans tous les principaux centres de la Saskatchewan. Quatre-vingt-quatorze dentistes offraient des services assurés en vertu du régime de soins médicaux.

En 2001-2002, un certain nombre d'initiatives en cours ou nouvelles visaient à améliorer l'accès aux services médicaux assurés et à réduire les temps d'attente pour les services médicaux. Celles-ci comprenaient, entre autres, les suivantes.

- Programme de maintien en poste à long terme – ce programme récompensera les médecins qui travaillent dans la province pour au moins dix ans.
- Programme de couverture des spécialistes de salle d'urgence – ce programme a été établi le 1er juillet 2001 afin de rémunérer les médecins spécialistes qui offrent de leur temps pour couvrir la salle d'urgence dans les établissements de soins actifs.
- Programme de formation et de réintégration – ce programme accorde annuellement deux bourses à des médecins de famille ruraux qui souhaitent suivre une formation spécialisée, à la condition que les médecins s'engagent à retourner à leur travail par la suite.
- Financement pour le recrutement et le maintien en poste de spécialistes (nouveau) – offrant un financement pour de nouvelles initiatives en plus du financement déjà offert aux districts de santé de Regina et de Saskatoon.
- Coordonnateur du recrutement des médecins — un coordonnateur du recrutement des médecins assiste les districts ruraux et les médecins dans le recrutement de médecins.
- Programme de couverture des salles d'urgence et de répit durant les fins de semaine – les médecins ruraux sont soutenus par un programme intégré de couverture des salles d'urgence et de répit durant les fins de semaine qui sert à rémunérer les médecins qui fournissent une couverture des salles d'urgence dans les régions rurales et à aider les collectivités disposant de moins de trois médecins à embaucher d'autres médecins pour donner un répit durant les fins de semaine aux médecins en place.
- Programme de subventions pour l'établissement d'une pratique rurale – ce programme offre des subventions de 18 000 $ aux médecins formés au Canada

ou reçus comme immigrants qui établissent, pour un minimum de 18 mois, de nouveaux cabinets dans les régions rurales de la Saskatchewan.

- Programme de bourses d'études pour médecins résidents – ce programme fournit des bourses d'études de 18 000 $ à trois médecins de famille résidents afin de les aider à faire face aux dépenses reliées à la formation médicale en retour d'un engagement à servir dans un milieu rural.
- Programme de bourses d'études pour étudiants en médecine du premier cycle – ce programme offre une bourse annuelle de 18 000 $ aux étudiants en médecine qui, en retour, s'engagent par écrit à oeuvrer dans une collectivité rurale.
- Programme de formation pour l'amélioration de la pratique rurale – ce programme fournit un remplacement du revenu aux médecins ruraux pratiquants et une assistance aux médecins résidents qui désirent suivre une formation spécialisée dans un domaine en demande dans les régions rurales de la Saskatchewan. Un engagement de retour de service est exigé.
- Programme d'éducation médicale continue sur les urgences en milieu rural – ce programme fournit des fonds aux médecins ruraux désirant obtenir une attestation de certification ou de recertification de leurs compétences en soins d'urgence et en gestion du risque. Les médecins acceptés sont tenus d'offrir leurs services dans une région rurale de la Saskatchewan après avoir terminé un programme éducatif.
- Programme de répit durant les fins de semaine accordé par des médecins résidents – ce programme assortit des résidents de deuxième année en médecine familiale à des médecins des plus grandes collectivités rurales qui désirent obtenir un répit durant les fins de semaine.
- Programme de service de suppléance – la *Saskatchewan Medical Association* reçoit un financement pour offrir un service de suppléance afin d'accorder un répit aux médecins lorsqu'ils prennent un congé pour des vacances, de la formation ou autre.
- Programme des services d'autres modes de paiement et de soins primaires – un soutien est accordé aux initiatives incitant les médecins à recourir à des professionnels de la santé associés et favorisant l'amélioration de l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.
- Programme de services médicaux du Nord – ce programme est une tentative tripartite du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan pour aider à stabiliser la disponibilité en médecins dans le nord de la Saskatchewan.
- Programme rural de congé prolongé – ce programme soutient les médecins pratiquant en milieu rural qui veulent mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances dans des domaines comme l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie, en leur remboursant les frais de scolarité et le manque à gagner pour une période allant jusqu'à six semaines.
- Programme d'aide de voyage en milieu rural – ce programme fournit une aide de voyage aux médecins en régions rurales qui participent à des activités éducatives.
- Réseau de télésanté du Nord – ce réseau de télésanté fournit aux médecins des régions éloignées ou isolées un accès à des collègues, à une expertise spécialisée et à de l'éducation permanente.

5.4 Rémunération des médecins

Le processus de négociation avec les médecins et dentistes des ententes sur la rémunération des services assurés est décrit à l'article 48 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, comme suit :

- un comité d'étude de la rémunération médicale est mis sur pied dans les quinze jours de l'avis émis soit par la *Saskatchewan Medical Association* ou le gouvernement à l'effet de commencer les discussions sur une nouvelle entente;
- chaque partie ne doit pas nommer plus de six représentants au comité;

- l'objectif du comité est de préparer une entente satisfaisante pour les parties en ce qui concerne les services assurés;
- dans le cas où une entente satisfaisante ne peut pas être atteinte, la question peut être référée au conseil d'étude de la rémunération médicale, qui est formé d'une personne nommée par chaque partie; ces personnes choisissent, tour à tour, un troisième membre;
- le conseil a le pouvoir de prendre des décisions qui lient les parties en cause.

En décembre 2000, une nouvelle entente de trois ans (rétroactive au 1er avril 2000) a été négociée avec succès avec la *Saskatchewan Medical Association*. Elle prévoit une hausse de trois pour cent par année au *Physician Payment Schedule*. Des hausses similaires ont aussi été accordées aux médecins non rémunérés à l'acte. En outre, un financement accru a été accordé pour de nouveaux items et la modernisation du barème des paiements.

L'article 6 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* décrit l'obligation du ministre de la Santé d'effectuer le paiement des services assurés conformément au *Physician Payment Schedule* et au *Dentist Payment Schedule*.

La formule de rémunération à l'acte est la méthode la plus largement utilisée de rémunération des médecins pour les services de santé assurés en Saskatchewan, bien que les méthodes de rémunération à la vacation, de paiement de salaire, de paiement par capitation et d'un mélange de ces méthodes soient également utilisées. La méthode de rémunération à l'acte est le seul mécanisme de paiement des dentistes pour les services de chirurgie dentaire assurés.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En 1994 et 1995, la Saskatchewan a adopté une approche fondée sur les besoins de la population. Dans cette approche, le financement est alloué aux conseils de districts de santé en fonction des caractéristiques de la population qui déterminent les besoins de services. Chaque conseil de district de santé reçoit un budget global établi par un large secteur de services (par ex., soins actifs institutionnels – hôpitaux; interventions de soutien en institution; services à domicile) et a la responsabilité d'allouer les fonds de ce budget afin de répondre aux besoins de services et aux priorités déterminés au moyen de ses processus d'évaluation des besoins. Les districts peuvent recevoir des fonds additionnels pour la réalisation de programmes hospitaliers spécialisés (par ex., dialyse rénale, services spécialisés d'imagerie médicale et services respiratoires spécialisés) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres districts de santé.

Les paiements aux districts de santé pour la prestation de services sont effectués en vertu des articles 32 et 33 de la *Health Districts Act* (1993). Cette loi donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux conseils de districts de santé aux fins de la loi et de signer des ententes avec les conseils de districts de santé, dans le respect des subventions accordées en vertu de la loi ou pour toute autre question reliée aux activités ou aux affaires d'un conseil de district de santé.

Le financement des districts, y compris la plus grande partie du financement des services hospitaliers assurés, est fourni en fonction de l'approche fondée sur les besoins décrite ci-dessus.

En 2000-2001, les fonds destinés à régler les problèmes de listes d'attente pour ceux qui doivent subir une opération chirurgicale ont été alloués aux quatre plus grands districts de santé. On a demandé à chaque district de présenter un montant maximal à dépenser pour l'équipement essentiel et un plan d'allocation de l'équipement, le reste des fonds devant servir à des initiatives opérationnelles visant à augmenter la capacité chirurgicale et le débit. Les districts ont dû rapporter toutes les dépenses et tous les changements en ce qui concerne les volumes de services résultant du financement additionnel.

Annuellement, les conseils de districts de santé produisent un rapport sur les résultats financiers totaux de leurs opérations.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales fournies au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans le rapport annuel de 2001-2002 du ministère de la Santé, le budget annuel 2001-2002 et dans les documents connexes, dans ses Comptes publics 2001-2002 et dans son rapport financier de la mi-année. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de la Saskatchewan. Les contributions fédérales ont aussi été reconnues par l'entremise du site Web du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de communiqués de presse, de documents de discussion, de discours et de remarques faites au cours de diverses conférences, réunions et tribunes sur la politique publique. (Voir la section des documents supplémentaires.)

L'aide financière fédérale a également été reconnue dans le cadre d'une campagne publicitaire provinciale portant sur les services de santé et intitulée « It's For Your Benefit ». La campagne comprenait la diffusion sur une grande échelle du dépliant, lequel mettait en relief les contributions fédérales.

7.0 Services complémentaires de santé

En date du 31 mars 2001, l'éventail des services de santé complémentaires offerts par le gouvernement provincial comprenait un régime de médicaments d'ordonnance, le *Saskatchewan Aids to Living Independent Living Program* (qui fournit des matériels et appareils médicaux aux personnes handicapées), le *Supplementary Health Program* (qui offre des services de santé non assurés aux personnes désignées par les services sociaux de la Saskatchewan), le *Family Health Benefits Program* (qui offre des services de santé non assurés surtout aux enfants de familles de travailleurs à faible revenu), un programme d'éducation dentaire pour enfants, un programme de prothèses auditives, une couverture limitée des services rendus par les chiropraticiens, les optométristes et les podologues, des services de soins à domicile, des services de soins de longue durée, des services ambulanciers aériens et routiers, des services de cliniques communautaires et de centres de santé communautaires, des services de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues, des services de santé mentale et des soins d'ergothérapie et de physiothérapie.

Services de soins courants dans les foyers de soins infirmiers

- Les foyers de soins spéciaux offrent des services de soins de longue durée pour répondre aux besoins des personnes qui ont habituellement des besoins de soins assidus. Les services offerts comprennent des soins et l'hébergement, des soins de relève, des programmes de jour, des soins de nuit, des soins palliatifs et, dans certains cas, des services de convalescence. Ces établissements sont financés par l'État par l'entremise des conseils de santé de district et sont régis conformément à *The Housing and Special-care Homes Act*.
- Le programme provincial d'immunisation prévoit l'immunisation des résidents des établissements de soins de longue durée et autres établissements résidentiels semblables. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan achète les vaccins et les offre gratuitement aux départements de santé publique de district qui, à leur tour, les offrent aux établissements locaux de soins de longue durée et aux autres établissements du genre. Ceci s'applique aux vaccins antigrippal et antipneumococcique.

Services offerts dans des établissements de soins spéciaux pour adultes

Services de santé mentale

- Des programmes d'appartements et des foyers de groupe offrent un continuum de soutien et d'aide aux activités de la vie aux personnes atteintes d'une maladie mentale

de longue durée et sont régis par *The Residential Services Act*.

- Le ministère de la Santé de la Saskatchewan, en partenariat avec le district de santé Midwest, offre un programme de réadaptation aux personnes et aux familles aux prises avec des troubles de l'alimentation. Le centre BridgePoint offre ce programme qui est actuellement régi par *The Non-profit Corporations Act* et *The Co-operatives Act*.

Services aux alcooliques et aux toxicomanes

- Les services aux alcooliques et aux toxicomanes relèvent habituellement de *The Health Districts Act*. Les établissements qui offrent des services résidentiels aux alcooliques et aux toxicomanes sont autorisés de la façon indiquée ci-dessous. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ou les districts de santé communiquent avec des organisations communautaires à but non lucratif pour offrir des services et sont régies par de *The Non-profit Corporations Act*.
- Les services de désintoxication fournissent un environnement sûr et positif dans lequel le client peut entreprendre un processus de sevrage de l'alcool ou d'autre drogue et de stabilisation. Hébergement, repas et groupes d'entraide sont offerts pour une période maximale de dix jours. Les services de désintoxication sont régis par *The Housing and Special-care Homes Act*.
- Des services hospitaliers sont offerts aux personnes préoccupées par leur propre consommation d'alcool ou de drogues ou par celle d'autres personnes. Les services offerts comprennent des évaluations, du counselling, des programmes d'éducation et d'entraide pour une période de quatre semaines ou plus selon les besoins de la personne. Les services hospitaliers sont régis par *The Housing and Special-care Homes Act*.
- Les services d'hébergement de longue durée offrent des services pour une période prolongée aux personnes qui sont aux prises avec une chiomiodépendance et une toxicomanie. Ces établissements offrent des services de consultation, des programmes d'éducation et de prévention des rechutes dans un environnement sûr et positif. Les services d'hébergement de longue durée sont régis par *The Housing and Special-care Homes Act*.

Services de soins à domicile

- Le programme de soins à domicile représente une option pour les personnes qui ont une maladie ou une invalidité de courte ou de longue durée qui peuvent demeurer dans leurs propres maisons plutôt qu'être admises dans un établissement de soins. Le programme de soins à domicile est conçu pour fournir des soins et des services aux personnes qui ont besoin de soins palliatifs, de soins de courte durée ou de soutien. Les services comprennent l'évaluation et la coordination des soins, des soins infirmiers, des soins personnels, des soins de relève, des services d'entretien, de repas, d'entretien ménager, des services thérapeutiques et bénévoles. Un financement individualisé est une option récemment annoncée du Programme de soins à domicile. Cette option prévoit le versement d'un financement directement aux personnes afin qu'elles puissent organiser et gérer leurs propres services de soutien. Le programme de soins à domicile est régi par *The Home Care Act* (abrogée mais non promulguée au 31 mars 2002) et *The Health Districts Act*.

Service de soins ambulatoires

- Les districts de santé de la Saskatchewan offrent aux collectivités une gamme complète de services de santé mentale et de services aux alcooliques et aux toxicomanes. Les services de santé mentale sont offerts conformément à *The Mental Health Services Act*.
- Les districts de santé d'accueil de la Saskatchewan offrent des services de podologie qui comprennent des services d'évaluation, de consultation et de traitement. Ce programme est administré conformément à *The Chiropody Services Act*.
- Les districts de santé de la Saskatchewan offrent un programme de prothèses auditives qui comprend des services d'examen de l'acuité auditive, d'évaluation des enfants à risque, ainsi que de vente, d'ajustement et

d'entretien de prothèses auditives. La loi *The Hearing Aid Act* et son règlement et la *The Health Districts Act* régissent ces programmes.

- Des thérapies communautaires, y compris des services d'ergothérapie et de physiothérapie, sont offertes par les districts de santé de la Saskatchewan et viennent en aide à des gens de tous les âges afin d'améliorer leur indépendance fonctionnelle. Les services sont offerts dans des établissements, des écoles, des hôpitaux et des résidences privées et comprennent l'évaluation, la consultation et le traitement. Le programme est administré conformément à *The Health Districts Act*.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

- Saskatchewan Health Annual Report, 2001-2002.
- Healthy People. A Healthy Province. The Action Plan for Saskatchewan Health Care.
- It's For Your Benefit: A Guide to Health Coverage in Saskatchewan.

Alberta

Introduction

Le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être (le ministère) et l'*Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* (AADAC).

Mission

La mission du portefeuille ministériel consiste à diriger et à appuyer un système chargé de la prestation de services de santé de qualité et à favoriser et à appuyer un style de vie sain. La vision du ministère est *l'optimisation de la santé et du mieux-être passe par les citoyens d'une province en santé*.

En plus des principes décrits dans la *Loi canadienne sur la santé*, le ministère est engagé à fournir un système de santé qui :

- témoigne de l'excellence – des normes élevées et des pratiques exemplaires sont obtenues par l'entremise de la recherche, de l'éducation et de l'information;
- donne un accès équitable à tous les Albertains à une gamme complète de services de santé intégrés;
- offre des services de qualité et des résultats efficaces;
- favorise la responsabilité et la prise de décision partagées entre les utilisateurs et les fournisseurs;
- assure la responsabilisation, à tous les niveaux, pour les résultats;
- est rentable et viable à long terme.

En plus de respecter les exigences particulières de la *Loi canadienne sur la santé*, le ministère offre aussi une couverture complète ou limitée pour un certain nombre d'autres services de santé, tels que :

- les soins à domicile et les soins de longue durée;
- les services de santé mentale;
- la prestation d'assurance-santé complémentaire aux aînés, aux bénéficiaires des rentes au conjoint de l'Alberta (et les personnes à charge des deux);
- les soins palliatifs;
- les programmes d'immunisation à l'intention des enfants;
- certains services paramédicaux, tels que l'optométrie (pour les résidents de moins de 19 ans et de plus de 65 ans), la chiropractie et la podologie.

Autorités sanitaires régionales et autorités sanitaires provinciales

En Alberta, 17 autorités sanitaires régionales et deux autorités sanitaires provinciales assurent la prestation de services de santé. Les autorités sanitaires régionales sont responsables des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, des services de santé communautaire et des programmes de santé publique dans la province. Elles offrent des services de santé dans la région et travaillent en collaboration avec les collectivités locales pour offrir des services de santé aux résidents locaux.

Au cours de l'exercice 2001-2002, les frontières des 17 autorités sanitaires régionales ont été réajustées dans le cadre de l'établissement des districts électoraux pour les toutes premières élections des membres du conseil des autorités sanitaires régionales.

Le 15 octobre 2001, les Albertains ont élu des candidats pour faire partie des conseils des autorités sanitaires régionales. Deux tiers des postes des conseils sont maintenant comblés par voie de scrutin et un tiers sont désignés des postes dont les titulaires sont nommés.

Les deux autorités sanitaires provinciales (l'*Alberta Cancer Board* et l'*Alberta Mental Health Board*) offrent des services de santé à l'échelle de la province.

Financement des autorités sanitaires régionales

Depuis l'exercice 1997-1998, l'Alberta a adopté une nouvelle méthode de financement des autorités sanitaires régionales afin que chaque région reçoive sa juste part de l'argent disponible pour le secteur de la santé. Cette méthode de financement correspond au financement en fonction de la population. Selon cette méthode, les fonds sont alloués à chaque autorité sanitaire régionale en fonction de la population de chaque région et des dépenses prévues pour les soins de santé.

Les dépenses en santé pour une population donnée sont évaluées en prenant en considération les éléments suivants :

- la population totale pour chaque région;
- l'âge et le sexe de la population;
- la situation socio-économique de la population;
- les services offerts par les régions aux résidents des autres régions.

Financement des services offerts à l'échelle de la province

Le financement des services offerts à l'échelle de la province couvre une gamme de services de pointe, de services coûteux et de services de survie qui sont financés indépendamment des services de santé de base couverts par le financement octroyé en fonction de la population. Le ministère, l'autorité sanitaire de Calgary et l'autorité sanitaire de la capitale collaborent en vue de la planification et de la prestation des services offerts à l'échelle provinciale ainsi que de l'établissement de normes à leur égard. Ces services ne sont offerts qu'à Calgary ou à Edmonton. Ainsi, la disponibilité de services financés centralement pour tous les résidents de l'Alberta, peu importe leur lieu de résidence, est assurée.

Statistiques sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta

Au cours de l'exercice 2001-2002, 5 079[1] médecins et 3 090[1] professionnels des domaines paramédicaux étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta et recevaient des honoraires de celui-ci. Il y avait 3 072 384[1] résidents inscrits au même régime.

Le nombre de médecins inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta et recevant des honoraires de celui-ci au 31 mars 2002 était le suivant :

Médecins	5 079[1]
Dentistes/chirurgiens stomatologistes	1 524[1]
Chiropraticiens	745[1]
Optométristes	326[1]
Podologues	48[1]
Prothésistes dentaires	197[1]
Opticiens	250[1]
TOTAL	8 169[1]

En 2001-2002, le régime d'assurance-santé de l'Alberta a émis l'équivalent de 1 061 169 693 $[1] en paiements à l'acte aux médecins de l'Alberta et un total de 61 875 778 $[1] aux professionnels des domaines paramédicaux pour des services de santé de base (dentistes/chirurgiens, stomatologistes, chiropraticiens, optométristes, podologues).

Les principales activités de l'Alberta en 2001-2002 ont été les suivantes :

- un programme de vaccination antiméningococique provincial (pour les 2 à 24 ans) a été lancé;
- la vaccination contre la varicelle a été ajoutée au programme d'immunisation des enfants;
- le budget de base du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta a été augmenté de

[1] NOTA : Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2001-2002 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

13,5 % ou de 737 millions de dollars, ce qui représente un budget total de 6,271 milliards de dollars pour le ministère en 2001-2002. Les dépenses de santé réelles du ministère en 2001-2002 s'élevaient à 6,325 milliards de dollars;

- la *Health Information Act* a été proclamée le 25 avril 2001. Cette loi permet de protéger les renseignements médicaux personnels des Albertains;
- la Commission sur l'utilisation des services de santé a été établie afin de recueillir et de fournir de l'information sur la façon dont les services de santé sont assurés et utilisés en Alberta;
- conformément à l'entente modificatrice conclue entre l'Association médicale de l'Alberta et le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, de nombreuses modifications ont été apportées au barème des prestations médicales à compter du 1er avril 2001 et du 1er novembre 2001, notamment :
  - une augmentation de 4,38 %, laquelle a été appliquée à tous les taux du barème des prestations médicales (exception faite des éléments suivants : entrevue diagnostique et évaluation ou consultation - service d'assistance en télésanté; entrevue diagnostique et évaluation décrites comme étant restreintes - visite ne nécessitant pas une anamnèse complète et une évaluation, visite prénatale, examen post-natal de routine au cabinet, visite répétée au cabinet - les cas aiguillés seulement, et entrevue diagnostique et évaluation, décrites comme étant complètes - visite complète, laquelle a obtenu une augmentation de 10,2 %);
  - entrevue diagnostique et évaluation, non qualifiée - évaluation d'une affection non connexe en association avec un service de la Commission des accidents du travail - (payé à 10 $ a été ajouté au barème des prestations médicales;
  - radiation de codes de services de santé périmés;
  - augmentations des tarifs pour les frais supplémentaires, les matériels et les services hospitaliers majeurs et mineurs, les modificateurs liés à l'assistance chirurgicale et les modificateurs liés à l'anesthésie générale;
  - un certain nombre de nouveaux codes de services de santé ont été ajoutés afin de tenir compte des pratiques courantes;
- des modifications mineures de frontières ont été apportées à six autorités sanitaires régionales;
- les Albertains ont élu des candidats pour faire partie des conseils des autorités sanitaires régionales;
- le *Premier's Advisory Council on Health* a rendu public un rapport global intitulé *A Framework for Reform*;
- en réponse au rapport du *Premier's Advisory Council* , le gouvernement a lancé son plan d'action sur la réforme des soins de santé.

Parmi les grands défis qui devront être relevés par le ministère, notons :

- le coût de la main-d'oeuvre et des médicaments;
- la technologie et les changements démographiques;
- les attentes du public et les demandes de services.

De plus amples renseignements sur le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta sont disponibles dans le site Web à

www.health.gov.ab.ca.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta (*Alberta Health Care Insurance Plan*), qui est sans but lucratif, est géré par le ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta est administré en vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Act* et de son règlement d'application.

L'*Alberta Health Care Insurance Act* (AR216/81 – déclarée en vigueur le 1er juillet 1981). L'*Alberta Health Care Insurance Act* promulguée en 1969, prévoit la prestation de services de santé de base pour tous les résidents de l'Alberta (aux termes de l'*Alberta Health Care Insurance Act*) et de services de santé complémentaires aux résidents albertains de 65 ans ou plus ou ceux qui reçoivent une pension de veuve et à leurs personnes à charge admissibles.

- Le fonctionnement du régime d'assurance-santé de l'Alberta est autorisé par l'article 3 (partie 1) de l'*Alberta Health Care Insurance Act*.
- L'article 4 décrit la protection offerte par le régime d'assurance-santé de l'Alberta.
- L'article 5 décrit le paiement des services assurés et les services d'urgence. Cet article interdit la surfacturation et définit les autres frais qu'il est interdit de facturer aux patients.

Aucune modification législative n'a modifié le nom ou l'autorité publique du régime d'assurance-santé de l'Alberta en 2001-2002. Le *Alberta Health Care Insurance Regulation* a été modifié en ce qui concerne la couverture pendant les absences temporaires. De façon plus précise, la définition d'absence temporaire a été modifiée pour limiter les absences temporaires à 12 mois à l'extérieur de l'Alberta, mais à l'intérieur du Canada, et à six mois à l'extérieur du Canada. Le ministre peut prolonger ces périodes si la personne compte retourner en Alberta et qu'il y a des circonstances atténuantes. Des modifications ont également été apportées afin de permettre la couverture continue d'un(e) résident(e) jusqu'à concurrence de 12 mois pendant qu'il(elle) se réinstalle dans une autre province et que sa(son) conjoint(e) demeure en Alberta.

Le rôle et le mandat du ministère sont les suivants :

- préserver, protéger et améliorer la santé des Albertains et la qualité de leur système de santé;
- élaborer des politiques et des normes en matière de santé et déterminer les ressources nécessaires au maintien du système de santé et à la satisfaction continue des besoins en santé des Albertains;
- veiller à ce que les services de santé soient appropriés, bien gérés et accessibles à tous les Albertains.

1.2 Liens hiérarchiques

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta est administré par la *Program Services Division* du ministère. Le sous-ministre adjoint de cette division relève directement de la sous-ministre qui est elle-même sous les ordres du ministre de la Santé et du Mieux-être. Le ministre répond de sa gestion devant l'assemblée législative et le gouvernement albertain. En retour, le gouvernement de l'Alberta est responsable devant tous les Albertains.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être publie un rapport annuel comprenant l'énoncé des responsabilités du ministère, la responsabilité de la direction de présenter un rapport et les états financiers consolidés du portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être. En outre, le rapport annuel présente de l'information sur les mesures prises, les réalisations et les résultats des principales mesures de rendement comprises dans le plan des activités de l'exercice 2001-2002 pour chacun des quatre objectifs du ministère qui appuient les deux activités principales du ministère.

Les deux activités principales du ministère sont les suivantes :

- diriger et appuyer un système pour la prestation de services de santé de qualité;
- favoriser et appuyer un style de vie sain.

Le rapport annuel du ministère pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2002 a été préparé sous la direction du ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta conformément à la *Government Accountability Act* et aux règles et méthodes comptables du gouvernement.

- La partie I du rapport annuel contient les états financiers consolidés et vérifiés du ministère et une comparaison du rendement actuel par rapport aux résultats prévus dans le plan des activités du ministère.

- La partie II présente les états financiers des autorités sanitaires régionales et des conseils Provinciaux, qui ont l'obligation de rendre compte au ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Chaque année, le ministère publie également un rapport statistique complémentaire qui comprend des données à jour relatives au régime d'assurance-santé de l'Alberta, essentiellement le nombre d'inscrits et les paiements à l'acte versés aux médecins et aux praticiens apparentés albertains (chirurgiens-stomatologistes, chirurgiens-dentistes, chiropraticiens, optométristes et podologues). Les statistiques concernant le programme de services de santé complémentaires et la protection individuelle de la Croix bleue de l'Alberta offerts dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta sont également fournies dans ce rapport.

1.3 Vérification des comptes

Les états financiers pour le régime d'assurance-santé de l'Alberta sont maintenant présentés avec les états financiers vérifiés du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. Les états financiers du portefeuille ministériel sont vérifiés par le vérificateur général de la province. Le vérificateur général de l'Alberta a le mandat d'effectuer des vérifications d'attestation sur les livres comptables et les états financiers du ministre de la Santé, y compris ceux de ses composantes - le ministère de la Santé et du Mieux-être et la *Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission*. Outre les vérifications d'attestation mentionnées ci-dessus, le vérificateur général de l'Alberta effectue des vérifications de procédures bien précises sur des mesures de rendement non financier déterminées et d'autres vérifications de systèmes sur ces entités. Les plans d'affaires et les rapports annuels du ministère sont également examinés sur une base annuelle.

Les vérifications d'attestation sont effectuées conformément aux normes de vérification généralement admises et les résultats des vérifications reposent sur la comparaison des résultats des vérifications avec ces principes de comptabilité.

Les vérifications des mesures de rendement non financier reposent sur les procédures normalisées établies par le vérificateur général du Canada.

Le vérificateur général de l'Alberta détermine la nature, les délais d'exécution et la portée des vérifications d'attestation, des vérifications des mesures de rendement et des vérifications des systèmes et discute du plan de vérification avec les représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être sur une base annuelle. Ces représentants ont l'occasion de faire part de leurs observations au cours des réunions de planification des vérifications annuelles.

Les autorités sanitaires régionales choisissent les vérificateurs pour effectuer les vérifications de leurs livres comptables. Aux termes de l'article 12(1) de la *Regional Health Authorities Act*, chaque autorité sanitaire régionale est tenue de présenter un état financier vérifié pour l'exercice précédent. Aux termes de l'article 2(2) du *Regional Health Authorities (Ministerial) Regulation*, cette déclaration doit être soumise au plus tard le 30 juin de l'année suivante et est comprise dans le rapport annuel du ministère à titre de volume distinct.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospitals Act* (Revised Statutes of Alberta 1980, chapitre H-11 avec les modifications en vigueur le 1er décembre 1997), le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR244/90), la *Health Care Protection Act* (promulguée le 28 septembre 2000) et le *Health Care Protection Regulation* (qui est entré en vigueur avec la *Health Care Protection Act*) sont les instruments juridiques qui prévoient la prestation des services assurés offerts dans les hôpitaux ou les établissements chirurgicaux désignés en Alberta.

Aucune modification n'a été apportée à la *Hospitals Act* ou au *Hospitalization Benefits Regulation* en 2001-2002.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta administre la *Hospitals Act*. Les autorités sanitaires régionales sont responsables de l'ensemble de l'administration et de la prestation de tous les services hospitaliers dans leur région. Conformément à la *Hospitals Act* et à son règlement d'application, les autorités sanitaires régionales doivent assurer la prestation des services désignés comme étant des « services hospitaliers assurés ». Les services offerts en plus des « services hospitaliers assurés » sont fournis à la discrétion de chaque autorité sanitaire régionale.

La *Hospitals Act* définit les services assurés comme les services hospitaliers dont les coûts opérationnels seront assumés en vertu de la présente partie et définit également l'hospitalisation en salle commune et l'endroit où les services assurés doivent être rendus. La nature de ces services est établie dans le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR244/90).

Le *Hospitalization Benefits Regulation* définit les services assurés comme :

« (a) services aux malades hospitalisés
(i) l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque cette mesure se justifie pour des raisons médicales;
(ii) les soins infirmiers privés, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et approuvés conformément aux règlements de l'hôpital;
(iii) les médicaments, les préparations biologiques et autres administrés à l'hôpital, aux termes des alinéas f) et g) du paragraphe 2;
(iv) les stimulateurs cardiaques, les plaques en acier, les broches, les prothèses articulaires, les implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le ministre;
(v) le transport en Alberta, par ambulance ou au moyen de tout autre véhicule commercial, pour les raisons décrites à l'article 6 [c'est-à-dire, le transport entre les hôpitaux];
(vi) les produits et les services compris dans un programme hospitalier autorisé ou un programme particulier, mais qui ne sont pas inclus aux alinéas i) à v);
(vii) les produits et services améliorés décrits au paragraphe 5.2(2) [doivent être médicalement nécessaires d'après le médecin traitant].

(b) services aux malades externes :
(i) tous produits et services médicalement nécessaires pouvant être offerts en consultation externe, notamment les produits utilisés au cours d'un acte médical, excluant les produits donnés à un malade pour utilisation après son congé d'un hôpital ou d'un établissement autorisé. »

Le tableau 1 présente le nombre et les types d'établissement qui étaient en opération en Alberta au cours de l'exercice 2001-2002.

Tableau 1 : Établissements de soins de santé par type*	
Établissements de soins actifs établissements qui offrent des services de santé qui sont fournis à des personnes souffrant soudainement de troubles de santé graves qui nécessitent des soins infirmiers professionnels continus et l'observation	103[1]
Établissements de soins de longue durée établissements qui offrent des services de santé à des patients internes qui ont constamment besoin d'aide en raison d'une maladie, d'une affection ou d'une invalidité de longue durée ou chronique	106[2]
Établissements de réadaptation établissements qui offrent des services de santé à des personnes ayant besoin d'aide professionnelle pour rétablir leurs capacités physiques et un état fonctionnel à la suite d'une maladie ou d'une blessure	1[2]
Autres Établissements de soins communautaires	3[2]
Total	**213**[2]

* exclut les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos

Les établissements chirurgicaux autres que les hôpitaux ou les établissements offrant des services de santé (établissements offrant des interventions chirurgicales ne nécessitant pas un séjour de plus de 24 heures pour le réveil postopératoire ou observation - y compris des cliniques privées où se font des avortements, des chirurgies de la cataracte, ainsi que des

[2] NOTA : Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2001-2002 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

cliniques dentaires et d'optométrie) et des établissements de diagnostic autres que des hôpitaux (établissements offrant des services de santé pour des interventions qui ne nécessitent pas un séjour de plus de 24 heures et qui permettent le dépistage et la détermination de diverses maladies ou divers troubles de santé) existent également dans la province. Ces établissements fonctionnent conformément à des ententes ou des contrats négociés avec les autorités sanitaires régionales. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta recueille de l'information uniquement sur les services assurés qui sont payés à l'acte et offerts dans ces établissements et ne recueille pas de données sur les services hospitaliers assurés offerts dans ces établissements. Selon le *College of Physicians and Surgeons of Alberta*, il y a actuellement 53 établissements de chirurgie d'un jour de ce genre agréés conformément aux règlements du *College*.

La *Health Care Protection Act* établit les règlements les plus rigoureux au pays pour protéger le système de santé financé par l'État en comblant les écarts des lois actuelles, en protégeant le système de soins de santé financé et administré par l'État, en empêchant la création d'un système à deux vitesses et en permettant aux autorités sanitaires d'améliorer l'accès aux services.

En vertu de cette loi :

- le fonctionnement des hôpitaux privés est interdit;
- les établissements chirurgicaux peuvent offrir des services chirurgicaux assurés s'ils ont négocié un contrat avec une autorité sanitaire et que cette dernière peut démontrer qu'il y a un avantage clair pour le système public;
- les frais d'établissement pour des services chirurgicaux assurés sont illégaux;
- il est illégal de contourner une liste d'attente pour les chirurgies assurées en payant ou en recevant de l'argent ou en achetant un service chirurgical non assuré ou un produit ou un service supérieur;
- les frais imputables pour des produits ou des services médicaux supplémentaires, qui ne sont pas médicalement nécessaires, ont été limités;
- les patients et le système de santé sont protégés contre les comportements contraires à l'éthique ou les situations de conflit d'intérêts.

En vertu de la *Health Care Protection Act*, les établissements chirurgicaux autres que les hôpitaux doivent respecter les conditions suivantes :

- être agréés par le *College of Physicians and Surgeons* pour offrir des services chirurgicaux assurés;
- avoir conclu une entente pour la prestation de ces services chirurgicaux assurés avec une autorité sanitaire et qui a été approuvée par le ministre;
- être désigné par le ministre pour offrir ces services chirurgicaux assurés.

En 2001-2002, aucune modification n'a été apportée à la *Health Care Protection Act* ou au *Health Care Protection Regulation*.

Le processus actuel pour établir le statut d'hôpital agréé (hôpitaux pour soins actifs et hôpitaux auxiliaires) comprend un examen du ministère et l'approbation du ministre. Pour un nouvel hôpital, le processus comprend une évaluation des besoins régionaux; l'établissement d'un programme et d'un plan de prestation de services; d'une étude de programme hospitalier fonctionnel; la détermination des centres fonctionnels; l'enregistrement des établissements et leur inclusion dans la liste ministérielle des hôpitaux autorisés *(Schedule of Approved Hospitals)*. La mise à jour du statut des hôpitaux autorisés qui comprend la modification ou l'intégration de la liste ministérielle *(Schedule of Approved Hospitals)* requiert la certification par la région sanitaire que les données autorisées concernant l'hôpital et les noms actuels sont exacts et que les hôpitaux autorisés sont gérés conformément aux lois et aux normes fédérales, provinciales et ministérielles pertinentes.

Les maisons de repos publiques sont gérées par les autorités sanitaires régionales qui ont également le mandat de négocier et d'autoriser des marchés relatifs au fonctionnement de maisons de repos privées ou sans but lucratif. Conformément à l'article 6 (partie 2) de la *Nursing Homes Act* (proclamée le 1er septembre

1985), les autorités sanitaires régionales doivent fournir au ministre de la Santé et du Bien-être des exemplaires de tous les marchés conclus avec des maisons de repos.

Établissements de soins de longue durée en Alberta

Selon la loi en vigueur en Alberta, les établissements de soins de longue durée sont classés comme des maisons de repos ou des hôpitaux auxiliaires. L'ensemble de ces établissements est désigné comme des établissements de soins de longue durée.

Hôpital auxiliaire

En vertu de l'alinéa 1(1)c) de la *Hospitals Act*, hôpital auxiliaire désigne un hôpital pour le traitement de maladies de longue durée ou de maladies chroniques, de maladies ou des infirmités. Les hôpitaux auxiliaires sont la propriété des autorités sanitaires régionales ou d'organisations bénévoles sans but lucratif et sont gérés conformément à la *Hospitals Act* et à son règlement d'application.

Maison de repos

En vertu de l'alinéa 1m) de la *Nursing Homes Act*, une maison de repos correspond à un établissement où sont offerts des soins en maison de repos.

Les maisons de repos sont la propriété des autorités sanitaires régionales, d'organisations bénévoles ou privées et sont gérées conformément à la *Nursing Homes Act* et à son règlement d'application. Lorsqu'une maison de repos ou un hôpital auxiliaire est la propriété d'une organisation bénévole sans but lucratif ou privée, l'établissement est administré conformément à un contrat ou à une entente conclue avec l'autorité sanitaire régionale.

Les gestionnaires d'établissements de soins de longue durée ont la responsabilité de fournir tous les services requis en vertu de la *Nursing Homes Act* et son règlement et la *Hospitals Act* et son règlement.

Ces services comprennent :

- les services offerts par les hôpitaux auxiliaires et les maisons de repos, y compris les soins infirmiers professionnels et auxiliaires, les services d'une pharmacie, des services de nutrition, des services de physiothérapie et d'hébergement (par exemple, lessive, entretien ménager, entretien et administration);
- des services de comptes en fiducie;
- des fournitures pour des programmes de loisirs;
- des produits pharmaceutiques, des médicaments et les préparations connexes tels que prescrits par le médecin traitant, y compris de l'oxygène;
- toutes les fournitures nécessaires pour les pansements et le traitement des plaies;
- les produits nécessaires pour les cas d'incontinence et le matériel associé aux soins liés à l'élimination urinaire;
- le transport, y compris le transport par ambulance, pour obtenir les soins prescrits;
- les suppléments alimentaires tels que prescrits par le médecin traitant;
- les meubles de base de la chambre;
- des items de soins spéciaux, tels que des mains courantes, des coussinets de peau de mouton, des coudières et des chevillères, des matelas réducteurs de pression, des coussins pour côtés de lit, etc.

L'alinéa 25(1)(h) de la *Health Care Protection Act* confère au lieutenant gouverneur en conseil le pouvoir d'établir si un bien ou un service médical quelconque est ou n'est pas un bien ou service standard ou amélioré. Le *Health Care Protection Regulation* établit les services chirurgicaux complexes, les interventions chirurgicales mineures et les biens et services standards ou améliorés. L'ajout ou le retrait d'un élément du *Health Care Protection Regulation* requiert la modification du règlement, et les exigences du processus d'examen réglementaire du gouvernement doivent être respectées. Les décisions de routine concernant l'équipement et

les fournitures utilisés dans le cadre d'une intervention sont du ressort des autorités sanitaires et des médecins et sont exclues de ce processus.

Le ministère procède à l'élaboration d'un processus pour définir les biens et les services standards et améliorés qui sera utilisé exceptionnellement pour examiner des biens ou des services médicaux qui ne peuvent être traités par une seule autorité sanitaire ou lorsqu'une incohérence est constatée dans les régions en ce qui concerne les prestations.

2.2 Services médicaux assurés

Le *Medical Benefits Regulation* (AR173/93 en vigueur le 1er avril 1993), régit les services couverts de même que les exigences relatives à la présentation, dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta, de réclamations pour des actes médicaux. Le règlement fixe les tarifs d'après ceux établis dans le barème des prestations médicales assurées préparé et publié par le ministère de la Santé et du Mieux-être et approuvé par le ministre.

Aucune modification n'a été apportée à la loi ou au règlement pour l'exercice 2001-2002 relativement aux services médicaux assurés.

L'*Alberta Health Care Insurance Act* définit le terme « médecin » comme suit :

- en ce qui a trait aux services médicaux rendus en Alberta, personne inscrite en tant que médecin désigné ou ostéopathe désigné en vertu de la *Medical Profession Act*;
- en ce qui concerne les services médicaux fournis à l'extérieur de l'Alberta, personne autorisée par la loi à pratiquer la médecine ou l'ostéopathie à cet endroit.

L'*Alberta Health Care Insurance Act* définit le « praticien » comme suit :

- chiropraticien, mécanicien-dentiste, chirurgien-dentiste, opticien, optométriste, médecin, podologue ou toute autre personne qui fournit un service de santé de base ou un service de santé complémentaire.

La *Medical Profession Act* définit le « praticien inscrit » comme suit :

- personne inscrite au registre médical de l'Alberta ou inscrite temporairement en vertu de l'article 28.

Au 31 mars 2002, le nombre de médecins inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta et recevant des honoraires de celui-ci s'établissait à 5 079 [1].

Exigences concernant les médecins et les praticiens

Seuls ceux qui respectent les exigences ci-dessus peuvent offrir des services médicaux assurés en vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Les cabinets de médecins doivent être inscrits par le ministère. Les médecins doivent recevoir les patients sur place, prendre les rendez-vous sur place et conserver les dossiers des malades sur place, pour que le ministère les inscrive.

La *Health Professions Act* (qui a été sanctionnée le 9 mai 1999) établit des règles réglementaires uniformes pour toutes les professions de l'Alberta. Une fois tous les règlements approuvés, cette loi régira 30 professions de la santé par le truchement de 28 collèges réglementaires. Les règlements régissant les dentistes et les techniciens de laboratoires médicaux ont été proclamés en vertu de la *Health Professions Act*. Des règlements pour les professions qui suivent sont censés être approuvés en 2002-2003 : diététiciennes, prothésistes dentaires, audioprothésistes, infirmières auxiliaires autorisées, opticiens, optométristes, travailleurs sociaux, et orthophonistes et audiologistes.

Avant d'être inscrit auprès du ministère, un praticien doit remplir les formules d'inscription appropriées et fournir un exemplaire de son permis d'exercer délivré par l'organisme ou

[1] NOTA : Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2001-2002 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

l'association qui s'applique, c'est-à-dire *College of Physician and Surgeons of Alberta*, *Alberta Dental Association*, etc.).

Médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé de l'Alberta

Conformément au paragraphe 5.11(1) de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les médecins sont considérés comme étant inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Un médecin peut traiter et facturer des patients pour des services indépendamment du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Un médecin qui décide de se retirer du régime doit respecter certaines conditions, au moins 180 jours avant la date d'entrée en vigueur du retrait.

Ces conditions comprennent les points suivants :

- aviser le ministre, par écrit, de son intention de se retirer et indiquer la date d'entrée en vigueur du retrait;
- publier un avis du retrait proposé dans un journal à fort tirage de la région où ce dernier pratique;
- afficher un avis du retrait proposé dans un endroit du cabinet auquel les patients ont accès.

Au 31 mars 2001, aucun médecin de la province ne s'était retiré du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Barème des prestations médicales

Le *Medical Benefits Regulation* (AR 173/93), entré en vigueur le 1er avril 1993) décrit les services assurés. Ces services figurent dans le barème des prestations médicales préparé et publié par le ministère et approuvé par le ministre. Plus particulièrement, ces services sont les suivants :

- services médicaux généraux;
- actes médicaux et de chirurgie généraux;
- anesthésie;
- médecine de laboratoire et pathologie;
- obstétrique;
- gynécologie;
- chirurgie cardio-thoracique et vasculaire;
- chirurgie générale;
- chirurgie orthopédique;
- neurochirurgie;
- chirurgie en urologie;
- oto-rhino-laryngologie;
- ophtalmologie;
- chirurgie plastique de reconstruction;
- médecine;
- psychiatrie;
- pédiatrie;
- dermatologie;
- physiothérapie et réadaptation;
- médecine d'urgence;
- radiologie de diagnostic;
- radiologie thérapeutique;
- neurologie.

L'Alberta couvre également des services qui n'apparaissent pas sur cette liste mais qui, selon le médecin traitant, sont considérés comme médicalement nécessaires et qui ne relèvent pas de la recherche expérimentale ou appliquée.

Les services médicaux assurés et tous les changements subséquents (ajouts, retraits ou changements) apportés au barème des prestations médicales font l'objet de discussions entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et l'Association médicale de l'Alberta (AMA), par l'entremise d'un sous-comité composé de membres du ministère et de l'AMA. Le sous-comité relève par la suite d'un comité conjoint désigné sous le nom de Comité des finances. Une fois les services approuvés par le Comité des finances, il faut ensuite obtenir l'approbation du sous-ministre et du ministre. Tous les changements apportés au barème nécessitent l'autorisation du ministre.

Au cours de la période allant du 1er avril 2001 au 31 mars 2002, les services suivants ont été ajoutés à la liste des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta :

- évaluation d'un trouble non lié dans le cas d'un service offert dans le contexte d'un accident de travail;
- consultation téléophtalmologique à des fins d'examen, d'évaluation et d'interprétation de l'imagerie rétinienne digitale stéréoscopique en utilisant la technologie de la transmission différée - les services comprennent une recommandation écrite à l'intention du médecin responsable des soins primaires à des fins de suivi et de prise en charge;
- technique d'excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP) – pour la néoplasie cervicale intra-épithéliale;
- iliaplastie, greffe osseuse de la crête iliaque suivant le prélèvement de tissus osseux pour chirurgie neurospinale - ne peut pas être remboursée lorsqu'on utilise un xénogreffon bovin ou du méthylate;
- visite complète à la salle d'urgence, la semaine, de 7 h à 17 h;
- visite complète à la salle d'urgence, la semaine, de 7 h à 17 h, ou le samedi, le dimanche ou les congés statutaires, de 7 h à 22 h;
- visite complète à la salle d'urgence, de 22 h à 7 h - NOTA : les trois visites complètes mentionnées ci-dessus ne peuvent être réclamées que par les médecins urgentologues, les praticiens généraux ou les pédiatres travaillant des quarts à la salle d'urgence assurant une couverture 24 heures sur 24 ET peuvent également être réclamés pour les patients dont la maladie ou la blessure nécessite une observation prolongée, une thérapie continue et des réévaluations multiples, comme il est décrit dans la règle générale 4.2.7;
- consultation pédiatrique prolongée, par tranche de 15 minutes, qui ne peut être réclamée que pour les services autres que ceux décrits au point 03.08G ET peut être réclamée en plus du point 03.08A uniquement lorsque la consultation dépasse les 30 minutes; ne peut être réclamée que par les praticiens généraux, les généralistes en santé mentale, les pédiatres, les psychiatres et les spécialistes de la santé mentale, et doit être réclamée en utilisant le numéro de santé personnel du patient, tout en nommant le personnel, les agences ou les organisations visés ET peut être réclamée lorsque le médecin qui est le plus responsable des soins du patient a soumis une demande de remboursement sous le point 08.19F;
- deuxième participation d'un médecin et présence subséquente à une entrevue professionnelle au nom d'un patient psychiatrique particulier – par tranches de 15 minutes, ne peut être réclamée que par un psychiatre;
- deuxième participation d'un médecin à une séance de psychothérapie de groupe, où tous les membres du groupe reçoivent de la thérapie au cours de la séance, par tranches de 15 minutes;
- remplacement de la valvule sigmoïde sans stent;
- réparation d'un conduit valvulaire ou remplacement d'une valvule sigmoïde avec réimplantation des artères coronariens. Associée à un anévrisme aortique rupturé ou à une dissection aortique;
- remaniement de la voie de sortie du ventricule droit. Pour une myocardiopathie obstructive;
- pontage aorto-iliaque d'un artère coronarien sans pontage cardiopulmonaire;
- pontage aorto-iliaque de deux artères coronariens sans pontage cardiopulmonaire;
- pontage aorto-iliaque de trois artères coronariens sans pontage cardiopulmonaire;
- pontage aorto-iliaque de quatre artères coronariens sans pontage cardiopulmonaire;
- pontage aorto-iliaque de cinq artères coronariens sans pontage cardiopulmonaire;
- pontage aorto-iliaque de six artères coronariens sans pontage cardiopulmonaire;
- pontage aorto-iliaque de sept artères coronariens sans pontage cardiopulmonaire;
- cardiotomie avec infartectomie et reconstruction du ventricule aussi. Pour la rupture ventriculaire post-infarctus ou la réparation d'une rupture du septum interventriculaire;
- excision d'une tumeur artérielle ou d'une autre lésion de l'oreillette gauche ou droite;

- excision d'une tumeur ventriculaire avec reconstruction de la paroi ventriculaire;
- implantation d'un dispositif d'assistance ventriculaire droit ou gauche, permanent;
- insertion d'un stimulateur cardiaque AV; à 2 dérivations;
- insertion d'un stimulateur cardiaque AV; à 3 dérivations;
- insertion d'un stimulateur cardiaque AU; à 4 dérivations;
- implantation d'un défibrillateur interne à synchronisation automatique avec une dérivation ventriculaire gauche;
- remplacement de la pile d'un défibrillateur interne à synchronisation automatique;
- retrait d'électrodes endocavitaires à l'aide du laser;
- retrait d'un stimulateur cardiaque d'un site autre que le nouveau site d'implant; retrait d'un défibrillateur interne à synchronisation automatique d'un site autre que le nouveau site d'implant;
- endartériectomie carotidienne avec réparation avec un patch;
- remplacement de l'arc aortique. Pour les anévrismes rupturés, la dissection aortique ou les lésions traumatiques;
- résection ou réparation d'un anévrisme aortique thoracique. Pour les anévrismes rupturés, la dissection aortique ou les lésions traumatiques;
- traitement chirurgical d'une grossesse ectopique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta, l'Alberta couvre un certain nombre de chirurgies dentaires médicalement nécessaires, énumérées dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Un dentiste ou un chirurgien-dentiste peut pratiquer un petit nombre de ces interventions, mais la majeure partie des interventions ne peuvent être facturées au régime d'assurance-santé de l'Alberta que si elles sont pratiquées par un chirurgien stomatologiste ou un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale.

Les dentistes ou les chirurgiens-dentistes doivent faire partie de l'*Alberta Dental Association* ou doivent avoir le droit de pratiquer la chirurgie dentaire n'importe où à l'extérieur de l'Alberta. Les chirurgiens stomatologistes et les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale doivent être spécialisés dans la chirurgie buccale et maxillo-faciale, être membres de l'*Alberta Dental Association* ou avoir le droit de pratiquer la chirurgie buccale et maxillo-faciale n'importe où à l'extérieur de l'Alberta.

Au 31 mars 2002, 250[4] chirurgiens stomatologistes ou dentistes participaient au régime d'assurance-santé de l'Alberta et facturaient le régime pour des services dentaires assurés.

Les dispositions concernant la participation au régime d'assurance-santé de l'Alberta des dentistes et leur retrait sont établies dans le paragraphe 5.1(1) de l'*Alberta Health Care Insurance Act*. Conformément à ce paragraphe, tous les dentistes sont considérés comme étant inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Un dentiste peut traiter et facturer des patients pour des services indépendamment du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Un dentiste qui veut se retirer du régime d'assurance-santé de l'Alberta doit respecter certaines conditions, au moins 180 jours avant la date d'entrée en vigueur du retrait. Ces conditions comprennent les activités suivantes :

- aviser le ministre, par écrit, de son intention de se retirer et indiquer la date d'entrée en vigueur du retrait;
- publier un avis du retrait proposé dans un journal à fort tirage de la région où ce dernier pratique;

[4] NOTA : Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2001-2002 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

- afficher un avis du retrait proposé dans un endroit du cabinet auquel les patients ont accès.

Au 31 mars 2002, aucun chirurgien stomatologiste ou dentiste de l'Alberta ne s'était retiré du régime.

En vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta, les interventions suivantes sont assurées et figurent dans l'*Oral and Facial Surgery Benefits Regulation*. Les décisions à savoir si les interventions sont médicalement nécessaires et l'endroit où elles doivent être pratiquées sont laissées à la discrétion du chirurgien et sont fonction des besoins médicaux du patient :

- entrevue, évaluation ou consultation diagnostique;
- arthroscopie de l'articulation temporo-maxillaire;
- injection ou infusion d'autres substances thérapeutiques ou prophylactiques;
- cranioplastie;
- chirurgie des nerfs périphériques crâniens;
- résection sous-muqueuse de la cloison nasale;
- réduction chirurgicale d'une fracture nasale; antrotomie intranasale;
- chirurgie plastique réparatrice du sinus de la face;
- excision d'une lésion dentale de la mâchoire; autres interventions en orthodontie;
- chirurgie plastique réparatrice de la langue;
- autres interventions de la langue;
- ablation de la glande ou du canal salivaire;
- excision d'une lésion de la glande salivaire;
- autres chirurgies de la glande ou du canal salivaire;
- drainage de la face ou du plancher de la bouche;
- incision du palais;
- excision d'une lésion ou du tissu du palais; chirurgie plastique de la bouche (interne);
- palatoplastie;
- technique diagnostique effractive sur la cavité buccale;
- autres chirurgies de la bouche et du visage;
- chirurgie plastique du pharynx;
- contrôle d'une hémorragie (non précisée);
- réduction de fractures du visage;
- incision du massif facial sans division;
- arthroplastie temporo-mandibulaire;
- autres chirurgies plastiques du massif facial et ostéoplastie;
- technique diagnostique effractive du massif facial;
- autres chirurgies des os et des articulations du visage;
- séquestrectomie;
- synovectomie;
- chirurgie plastique réparatrice des structures des articulations;
- incision des muscles, des tendons, du fascia et des bourses;
- relaxation des cicatrices ou de la contracture cutanée;
- greffe du pédicule ou du lambeau;
- fournitures buccales ou destinées aux brûlés.

En 2001-2002, un certain nombre de changements ont été apportés aux tarifs du barème de prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. De plus, un certain nombre de services ont été ajoutés au barème, y compris :

- de nouveaux codes de visites que peuvent réclamer tous les dentistes;
- de nouveaux codes de visites et de procédures que peuvent réclamer les chirurgiens stomatologistes et les pathologistes stomatologistes seulement;
- de nouveaux codes de procédures que peuvent réclamer uniquement les chirurgiens stomatologistes;
- un nouveau code d'assistance chirurgicale à utiliser par les chirurgiens stomatologistes qui aident les médecins;

- de nouveaux modificateurs ont également été ajoutés au barème et permettent aux chirurgiens stomatologistes et aux pathologistes stomatologistes de réclamer des prestations pour l'hospitalisation d'urgence et les visites de suivi à l'hôpital; des prestations supplémentaires doivent être réclamées pour un certain nombre de services de santé.

De plus :

- les règles générales ont été révisées afin de mettre à jour et de clarifier les règles actuelles et d'incorporer de nouvelles normes en fonction des nouveaux éléments;
- un certain nombre de codes de services de santé existants ont été modifiés.

La *Claims Branch* de la *Program Services Division* du ministère gère tout ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés. Les changements apportés au barème nécessitent une autorisation ministérielle. Tous les changements (ajout ou retrait de services) sont apportés par l'entremise d'une vaste consultation du ministère, de l'*Alberta Dental Association* et de la section des chirurgies buccales et maxillo-faciales de l'*Alberta Dental Association*. Selon les changements apportés, les autorités sanitaires régionales peuvent également être consultées.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le paragraphe 4(2) du *Hospitalization Benefits Regulation* contient une liste des services hospitaliers non assurés. Ce règlement fait partie des Documents supplémentaires soumis à Santé Canada (voir la fin de cet exposé). Les services requis pour des tiers, les services couverts en vertu d'une autre loi provinciale, territoriale ou fédérale, les services qui ont été jugés non essentiels pour le patient (c'est-à-dire bien ou service amélioré), les services de laboratoire et de radiographie, les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes (dans certains cas) ainsi que les services fournis par un établissement à l'extérieur du Canada sans autorisation préalable du ministre, sont des genres de services non assurés inscrits dans le *Hospitalization Benefits Regulations*.

Les services hospitaliers sont assurés conformément à la *Hospitals Act*, au *Hospitalization Benefits Regulation* et à la *Health Care Protection Act*, par les autorités sanitaires régionales. Toute modification aux services hospitaliers est apportée à la discrétion des autorités sanitaires régionales, mais le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta fournit effectivement aux autorités sanitaires régionales des précisions et des directives quant à ce qui doit être couvert (c'est-à-dire en 2001-2001, le ministère de la Santé et du Mieux-être a émis une directive précisant que le coût des lentilles repliables doit être couvert).

En bout de ligne, c'est le ministre de la Santé qui est responsable de la détermination des services couverts par le régime d'assurance-santé de l'Alberta. En examinant si de nouveaux produits, services ou appareils médicaux devraient être couverts par l'État, le processus du ministère comprend d'abord un examen de la documentation scientifique et la recherche de conseils de spécialistes concernant la sécurité et l'efficacité du produit et, ensuite, de prévoir la diffusion d'une politique, l'octroi d'un financement, la formation et les autres conséquences associées à la couverture publique. Les questions nécessitant un traitement immédiat sont considérées selon un processus de gestion des dossiers et la direction générale jugée la plus adéquate est saisie de la question.

La *Health Care Protection Act* (article 5) et le *Health Care Protection Regulation* précisent les conditions qui s'appliquent lorsque les patients sont facturés pour les biens ou des services médicaux améliorés liés à la prestation d'un service chirurgical assuré. Ces dispositions de la loi s'appliquent aux hôpitaux publics et aux établissements chirurgicaux autres que les hôpitaux. La loi limite la facturation aux biens et aux services médicaux améliorés inscrits à la liste de l'annexe 2 du règlement. À l'heure actuelle, il n'y a qu'un bien médical amélioré : les lentilles intraoculaires multifocales (implants). Elle prévoit aussi la méthode pour déterminer le montant qui peut être facturé pour un bien ou un service médical amélioré. En outre, la loi comprend des dispositions concernant l'obligation d'informer le patient lorsqu'un bien ou un service amélioré est offert, c'est-à-dire que les patients doivent être informés que le bien ou le service médical de base respecte les normes

de pratique médicale reconnues et qu'il est disponible gratuitement. Voilà donc seulement quelques-unes des dispositions clés concernant la vente de biens et de services.

L'article 21 du *Alberta Health Care Insurance Regulation* indique quels services ne sont pas des services de santé de base ou des services de santé élargis et ne sont donc pas considérés comme des services assurés. Ce règlement fait partie des Documents supplémentaires soumis à Santé Canada (voir la fin de cet exposé). Brièvement, voici certains services qui ne sont pas considérés comme des services assurés en vertu du règlement : les services offerts pour des tiers (compagnies d'assurance, services médicolégaux, etc.); les conseils donnés par téléphone ou par l'entremise d'un autre moyen de télécommunication, y compris les redevances pour ceux-ci; les frais de transport des patients et des médecins ainsi que les frais d'ambulance, à moins que le ministre en décide autrement); les services couverts par une autre loi provinciale, territoriale ou fédérale; les immunisations de groupe; et les services offerts par un médecin à sa famille immédiate, à moins que le ministre en décide autrement.

Le barème de prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale présente les services qui ne sont pas assurés en vertu de ce barème. Ce barème fait partie des Documents supplémentaires soumis à Santé Canada (voir *Schedule of Oral and Maxillofacial Surgery Benefits, 2001*, à la fin de cet exposé). Parmi les services non assurés, notons les services de nature cosmétique, les produits pharmaceutiques et les médicaments, les conseils donnés par téléphone (à moins que le ministre en décide autrement), les services ambulanciers, les services non requis médicalement et le temps de déplacement.

Responsabilités des autorités sanitaires régionales

L'article 5 (dispositions concernant les responsabilités des autorités sanitaires régionales) de la *Regional Health Authorities Act* se détaille comme suit. Sous réserve de la loi et de son règlement, une autorité sanitaire régionale doit : i) promouvoir et protéger la santé de la population de la région sanitaire et œuvrer pour la prévention des maladies et des blessures; ii) évaluer continuellement les besoins en matière de santé des régions sanitaires; iii) établir les priorités de la prestation des services de santé dans la région sanitaire et affecter les ressources en conséquence; iv) veiller à ce qu'on ait un accès raisonnable à des services de santé de qualité partout dans la région sanitaire; v) promouvoir des services de santé qui répondent aux besoins des personnes et des collectivités et qui soutiennent l'intégration des services et des établissements de la région sanitaire. Les autorités sanitaires régionales veillent à ce que les décisions relatives à l'accès aux services hospitaliers et autres services de santé communautaire assurés soient fondées sur les besoins.

Facturation non associée au régime d'assurance-santé de l'Alberta

En vertu du paragraphe 31.1(1) de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation*, personne ne peut demander des frais : a) dont le paiement est essentiel à la prestation d'un service assuré fourni par un médecin ou par un chirurgien-dentiste qui participe au régime d'assurance-santé de l'Alberta; b) qui s'ajoutent au montant versé par le ministre pour assumer les coûts du service assuré.

Conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, le régime d'assurance-santé de l'Alberta couvre les services médicalement nécessaires que les médecins donnent aux patients. Lorsqu'un service n'est pas médicalement nécessaire, les médecins peuvent facturer un patient pour ce service. Le ministère ne réglemente pas la facturation de services non assurés par les médecins. Le *College of Physicians and Surgeons of Alberta* a élaboré et applique une politique sur cette question intitulée *Charging for Uninsured Services*, et l'Association médicale de l'Alberta fournit aux médecins un document intitulé *Guide to Direct Billing for Uninsured Services*.

L'entente entre le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et l'Association médicale de l'Alberta définit le terme désassurer de la façon suivante : en ce qui concerne un service assuré, la décision du ministre qu'un tel service assuré ne soit plus un service assuré et ne soit plus remboursable en vertu du régime. Selon cette entente, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta doit aviser l'Association

médicale de l'Alberta de toute proposition concernant le fait de désassurer un service et la proposition doit faire l'objet d'une discussion du Comité des finances, un organisme mixte du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et de l'Association médicale de l'Alberta qui administre l'entente. Si l'Association médicale de l'Alberta n'est pas d'accord avec la proposition de désassurer le service, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta doit attendre trois mois à partir de la date de notification pour retirer le service du barème des prestations médicales.

Aucun service médical n'a été désassuré ou radié de la liste en 2001-2002.

Avant de désassurer (supprimer) des services inscrits au barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta doit consulter l'*Alberta Dental Association*.

En 2001-2002, à la demande de la Alberta Dental Association, les services suivants ont été radiés du barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale étant donné qu'ils étaient désuets et périmés :

- réduction ouverte d'une fracture du nez (approche sinusale);
- retrait d'une plaque interosseuse vissée par un chirurgien différent;
- retrait d'une plaque interosseuse en fil d'acier ou vissée par un chirurgien différent;
- autre réparation plastique du palais (expansion chirurgicale rapide du palais);
- réduction (fermée) d'autres fractures du visage (disjonction craniofacilale);
- autre incision de l'os facial sans division (ostéotomie oblique de la branche), y compris la greffe osseuse;
- autre incision de l'os facial sans division (ostéotomie sagittale divisée - extrabuccale);
- autre incision de l'os facial sans division (avancement Le Fort I);
- autre incision de l'os facial sans division (intrusion Le Fort I);
- autre incision de l'os facial sans division (extrusion Le Fort I);
- autre incision de l'os facial sans division (division mi-palatale - complète);
- autre incision de l'os facial sans division (ostéotomie segmentale antérieure de la mandibule) sans transfert de l'éminence médiale;
- autre incision de l'os facial sans division (ostéotomie segmentale antérieure de la mandibule) sans transfert de l'éminence médiale.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Les paragraphes 3(1) et 4(3) de l'*Alberta Health Care Insurance Act* de même que les paragraphes 4(1) et 4(2) et les articles 4.1 et 4.2 de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation*, l'article 18.2 de la *Health Insurance Premiums Act* et l'article 21 du *Health Insurance Premiums Regulation* définissent l'admissibilité au régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Les résidents de l'Alberta sont admissibles à la prestation des services couverts par le régime d'assurance-santé de l'Alberta. Le mot « résident » s'entend d'une personne légalement autorisée à être ou à résider au Canada, domiciliée et résidant habituellement en Alberta et de toute autre personne considérée comme telle dans le cadre du règlement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme ou qui est de passage ou en visite dans la province.

Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture si elles sont des résidentes permanentes, des résidentes permanentes de retour au pays ou, encore, des citoyens canadiens de retour au pays. Tous les nouveaux résidents permanents doivent présenter un exemplaire de leur fiche d'établissement. Les résidents temporaires de l'extérieur du Canada, qui peuvent être considérés comme des résidents, comprennent les personnes dont le nom figure sur les fiches des visiteurs et celles qui détiennent un permis de séjour pour étudiant, un permis de travail ou un permis ministériel.

Dans chaque cas, des exemplaires des documents d'entrée au Canada doivent faire l'objet d'un examen avant que la personne puisse participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta. Une personne doit avoir reçu l'autorisation de séjourner au Canada pendant au moins 12 mois consécutifs et qu'elle ait l'intention de demeurer tout ce temps en Alberta pour être admissible.

Les demandeurs du statut de réfugié arrivés au Canada avant le 1er janvier 1989 qui prévoyaient résider en Alberta pendant 12 mois pouvaient également participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta. Les demandeurs du statut de réfugié arrivés au Canada après le 1er janvier 1989 ne sont pas admissibles tant qu'ils n'ont pas obtenu le statut de réfugié au sens de la Convention.

Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture à partir de leur date d'arrivée, à condition que tous leurs documents d'entrée au Canada soient conformes et qu'elles s'inscrivent dans les trois mois suivant leur arrivée. Les personnes en provenance d'une autre région du Canada qui déménagent de façon permanente en Alberta sont admissibles à une protection à partir du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, à condition qu'elles s'inscrivent dans les trois mois suivant leur arrivée.

Aucune modification n'a été apportée à la loi ou au règlement pour l'exercice 2001-2002.

Les résidents non admissibles à la protection dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta sont les suivants :

- les membres des Forces canadiennes;
- les membres gradés de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux.

Toutefois, les membres de leurs familles sont admissibles à la couverture.

Les résidents de l'Alberta qui n'appartiennent plus aux Forces canadiennes ou à la GRC sont admissibles à la couverture. De plus, les détenus des pénitenciers fédéraux qui sont libérés en Alberta sont admissibles à la couverture le jour de leur libération.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Tous les nouveaux résidents albertains, à l'exception de ceux qui font l'objet d'une exemption particulière, doivent s'inscrire et inscrire les personnes à leur charge admissibles au régime d'assurance-santé de l'Alberta en remplissant une demande dans les trois mois suivant leur arrivée. Si la demande n'est pas reçue dans les délais prescrits, la date d'entrée en vigueur de la protection est déterminée au moment de l'inscription. Suivant l'inscription, le titulaire du compte et les personnes à sa charge, le cas échéant, reçoivent chacun un numéro de santé personnel et une carte qui permettent d'obtenir des services de santé.

Pour les besoins de la facturation, les membres de la famille sont inscrits au même compte pour s'assurer que les services (par exemple, services de santé complémentaires, couverture individuelle de la Croix bleue) puissent être dispensés à tous les membres de la famille.

Dans la plupart des cas, la définition des personnes à charge inclut l'époux, l'épouse et les enfants de moins de 21 ans qui sont célibataires et totalement à la charge de leurs parents. S'entend également des personnes à charge :

- les enfants adoptés, les enfants en famille d'accueil et les pupilles pour lesquels le résident a droit à une déduction fiscale;
- les enfants célibataires de plus de 21 ans qui sont entièrement à la charge de leurs parents en raison d'un handicap physique ou mental;
- les enfants célibataires de moins de 25 ans qui étudient à plein temps dans un établissement d'enseignement reconnu;
- les conjoints séparés ou les conjoints de fait (qui peuvent choisir de payer leurs primes séparément).

Au 31 mars 2002, le nombre de résidents inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta était de 3 072 384[5].

Les résidents qui décident de ne pas participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta peuvent s'en retirer à chaque début de période de prestation. Une période de prestation commence le 1er juillet d'une année et se termine le 30 juin de l'année suivante. Une déclaration de retrait doit être remplie avant le 30 juin de chaque année. Par ailleurs, les primes doivent être entièrement payées au 30 juin de l'année en cours. Les nouveaux titulaires de compte peuvent se retirer au moment de l'inscription ou de la réintégration. La période de retrait commence le jour où la protection serait entrée en vigueur. Pour ne pas participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta, les résidents doivent remplir une déclaration de retrait au plus tard le 30 juin de chaque année.

Pour la période du 1er juillet 2001 au 30 juin 2002, 295 personnes s'étaient retirées du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

3.3 Autres catégories de personnes

Les résidents temporaires de l'étranger qui peuvent être considérés comme des résidents comprennent les personnes dont le nom figure sur les fiches des visiteurs et celles qui détiennent un permis de séjour pour étudiant, un permis de travail ou un permis ministériel. Dans chaque cas, la personne doit faire examiner ses documents d'entrée au Canada avant que son admissibilité ne soit établie. Une personne doit avoir un permis de séjour au Canada pour au moins 12 mois et prévoir demeurer en Alberta pendant ce temps. Les demandeurs du statut de réfugié arrivés au Canada avant le 1er janvier 1989 qui prévoient résider en Alberta pendant 12 mois peuvent également participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta. Les demandeurs du statut de réfugié arrivés au Canada après le 1er janvier 1989 ne sont pas admissibles tant qu'ils n'ont pas obtenu le statut de réfugié au sens de la Convention.

Les chiffres suivants indiquent le nombre estimé de personnes résidant en Alberta qui, au 31 mars 2002, sont couvertes en vertu des conditions susmentionnées :

Permis ministériels	1665
Permis de séjour pour étudiant	58795
Fiches du visiteur	34535
Permis de travail	5 792[5]

3.4 Primes

Tous les habitants de l'Alberta (à l'exception des personnes à charge et de celles qui n'ont pas le droit de s'inscrire) doivent payer des primes. Les primes annuelles actuelles sont de 34 $ pour une couverture individuelle et de 68 $ pour une couverture familiale (deux personnes ou plus). Les personnes inscrites dans des groupes spéciaux, comme les personnes qui reçoivent une pension de veuve en Alberta ou un soutien à l'autonomie, sont exemptées du paiement des primes. Deux programmes offrent une aide aux Albertains à faible revenu autres que des aînés à payer leurs primes : le programme de subvention et le programme d'exonération totale des primes. Les aînés doivent payer les mêmes primes que les autres habitants. L'admissibilité des aînés à l'aide au paiement des primes est déterminée par l'entremise du programme de services assurés pour les aînés de l'Alberta.

Bien que le système en vigueur en Alberta prévoie le versement de primes, aucun habitant de la province ne se voit refuser les services en raison de son incapacité à payer ces primes.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes en provenance d'une autre région du Canada qui s'installent en Alberta de façon permanente peuvent participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta à partir du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, pourvu qu'elles s'inscrivent au cours de ces trois premiers mois.

[5] NOTA : Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2001-2002 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les paragraphes 5(1) et 5(3) de l'*Alberta Health Care Insurance Act* et le paragraphe 1(2) de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* définissent la transférabilité de l'assurance-santé durant les absences temporaires au Canada.

Les résidents quittant temporairement l'Alberta pour une autre région du Canada pour un période maximale de 12 mois doivent conserver la couverture du régime d'assurance-santé de l'Alberta pendant leur absence. Si l'absence sera de plus de 12 mois, la couverture peut être annulée ou les résidents peuvent se prévaloir de l'option permettant la demande d'extension. Ces extensions sont pour :

- des séjours prolongés ou des vacances – une période maximale de 24 mois à partir de la date de départ. La demande d'extension doit être présentée en personne, par téléphone ou par écrit;
- un emploi ou des obligations d'affaires – une période maximale de 48 mois consécutifs suivant leur date de départ. Une lettre de l'employeur confirmant la durée du contrat de travail est requise;
- des études à temps plein – les étudiants inscrits à temps plein à un établissement d'enseignement reconnu sont admissibles à une couverture jusqu'à ce que leur formation soit terminée. Après la première année, le statut d'étudiant doit être vérifié chaque année pour maintenir la couverture;
- les congés sabbatiques et les congés de travail pour l'obtention d'une formation avancée - une période maximale de 24 mois consécutifs suivant leur date de départ. Une lettre de l'employeur confirmant la tenue de la formation et la durée de l'absence est requise;
- les missionnaires pour un organisme religieux enregistré et autorisé – une période maximale de 48 mois consécutifs suivant leur date de départ. La personne doit présenter une lettre de l'organisme religieux confirmant la date de départ, sa destination et la durée de l'absence. Les missionnaires peuvent revenir en Alberta pendant un congé (congé autorisé ou vacances). La période pendant laquelle ils sont en Alberta fait partie de leur période d'absence temporaire et n'indique pas qu'ils se sont de nouveau établis de façon permanente en Alberta.

Aucune modification n'a été apportée à la loi ou au règlement pour l'exercice 2001-2002.

Entente de réciprocité des hôpitaux

L'Alberta participe à des ententes de réciprocité des hôpitaux conclues avec les provinces et les territoires, qui permettent le traitement des coûts des services hospitaliers fournis à des Albertains et à des personnes de l'extérieur par la province ou le territoire d'accueil. Les réclamations sont payées d'après le tarif standard pour la prestation de services aux malades hospitalisés en salle commune approuvé par chaque province ou territoire et d'après les tarifs pour la prestation de services externes approuvés par le Comité de coordination de la facturation réciproque. Les données sur les réclamations sont échangées une fois par mois avec chaque province ou territoire.

Entente de réciprocité des services médicaux

L'Alberta participe à des ententes de facturation réciproque des services médicaux conclues avec les provinces et les territoires, sauf le Québec. Ces ententes permettent le traitement des coûts des services médicaux fournis à des Albertains et à des personnes de l'extérieur par la province d'accueil. Les réclamations sont payées d'après les tarifs et les règlements du barème des honoraires du médecin de la province ou du territoire d'accueil pour les services médicaux assurés. Les données sur les réclamations sont échangées une fois par mois avec chaque province ou territoire.

Dans le cas de certains services exclus du processus de facturation réciproque, comme les avortements, le médecin doit faire parvenir sa facture directement au patient ou à la province ou au territoire de résidence du patient.

L'autorité sanitaire de la capitale a également conclu des ententes avec les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut qui permettent aux malades de ces territoires de recevoir des traitements dans les hôpitaux de la région, lesquels seront payés à un tarif convenu pour les

services rendus aux malades hospitalisés. Le processus de facturation pour ces réclamations ressemble à celui prévu dans le cadre d'une entente de facturation réciproque des hôpitaux conclue entre les provinces et les territoires concernant les services fournis aux malades hospitalisés. Les services exclus de la facturation réciproque le sont également de ces ententes.

Le paiement des services hospitaliers et médicaux assurés dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué selon le tarif approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire d'accueil, à moins que le ministre ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts.

Le paiement des services médicaux assurés qui sont dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué au tarif de la province ou du territoire d'accueil, le Québec y compris.

En 2001-2002, le montant total versé pour des services hospitaliers fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes à l'extérieur de la province (au Canada), à des résidents de l'Alberta, s'élevait à 19 443 370 $[6].

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les paragraphes 5(1) et 5(3) de l'*Alberta Health Care Insurance Act* et le paragraphe 1(2) de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* définissent la transférabilité de l'assurance-santé durant les absences temporaires à l'extérieur du Canada.

Les résidents de l'Alberta qui quittent le Canada pour six mois ou moins doivent maintenir leur couverture en vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta au cours de leur absence. Si l'absence est pour une période de plus de six mois, la couverture peut être annulée ou les résidents peuvent demander une extension. Ces extensions sont les mêmes que pour les absences temporaires au Canada (voir les détails à la partie 4.2 pour une description).

Les prestations d'hospitalisation ne sont payables que si les services sont fournis par des établissements de soins actifs qui dispensent des services courants, comme l'unité des soins intensifs ou la salle d'urgence, ou des hôpitaux auxiliaires qui dispensent des soins actifs courants à des malades chroniques ou à des malades nécessitant des soins de longue durée. Si les services ne sont pas assurés dans la province, ils ne le sont pas non plus quand ils sont fournis à l'étranger. Le montant maximum payable pour les services dispensés aux patients hospitalisés à l'étranger est de 100 dollars (canadiens) par jour à l'exclusion du jour où le congé est accordé. Le coût maximum par visite pour les patients externes est de 50 dollars (canadiens), avec une limite d'une visite par jour. La seule exception au tarif par visite pour les malades externes est l'hémodialyse qui est payée au tarif maximal de 220 $ par visite, ou la somme facturée, en choisissant la moindre de ces deux sommes, et en prévoyant une limite d'une visite par jour.

Les prestations pour les services médicaux fournis à l'étranger sont payables selon les tarifs facturés ou les tarifs en vigueur en Alberta, suivant celle de ces deux sommes qui est la moindre.

Le remboursement complet des traitements à l'extérieur du pays peut être possible dans le cadre des deux programmes suivants :

- le programme de services de santé fournis à l'étranger, qui peut s'appliquer aux services qui ne sont pas offerts au Canada;
- le programme d'aide financière d'urgence, qui peut s'appliquer lorsque les traitements ont été administrés en raison d'une urgence, que leur coût était supérieur aux prestations couvertes par le régime d'assurance-santé de l'Alberta et aux paiements prescrits en vertu du règlement de la *Hospitals Act* et ne pouvaient pas être raisonnablement prévus ou prévenus, et imposeraient un fardeau

[6] NOTA : Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2001-2002 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

exagéré sur les ressources financières du résident[7].

Aucune modification n'a été apportée à la loi ou au règlement pour l'exercice 2001-2002.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour les services fournis à l'extérieur de l'Alberta, exception faite du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des troubles alimentaires et d'autres troubles de comportement ou troubles liés à une dépendance. Pour être admissibles à la couverture, ces services, qu'ils soient fournis à l'extérieur de la province ou à l'extérieur du pays, doivent être approuvés au préalable par le ministre.

Les demandes d'autorisation préalable pour hospitalisation et traitement médical à l'extérieur de l'Alberta (à l'intérieur du Canada) doivent être soumises au ministère par le médecin responsable du traitement du patient en Alberta ou par le médecin de l'administration provinciale ou territoriale pertinente.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'accès des résidents de l'Alberta aux services de santé assurés est régi selon des modalités uniformes, sans restrictions.

Aucun habitant ne se voit refuser les services de santé assurés en raison de son incapacité à payer les primes, et les inscriptions ne sont pas annulées en raison du non-paiement des comptes. De même, deux programmes offrent une aide aux Albertains à faible revenu à payer leurs primes.

Ces programmes sont :

- le programme de subvention des primes;
- le programme d'exonération totale des primes.

Depuis 1986, la « surfacturation » par les médecins et les « frais modérateurs » exigés aux patients hospitalisés pour les services assurés sont interdits.

La politique albertaine permet aux praticiens de présenter des réclamations pour des services fournis à des patients qui n'étaient pas en mesure de donner un numéro de santé de l'Alberta au moment où ils recevaient le service. Le patient ne peut se prévaloir qu'une seule fois de cette disposition et le praticien doit d'abord s'assurer que le malade réside en Alberta.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Depuis 1994, la prestation de services hospitaliers en Alberta relève des autorités sanitaires régionales.

En 2001-2002, l'Alberta comptait les lits dotés en personnel suivants dans des établissements assurant des services hospitaliers assurés :

Établissements de soins actifs (voir définition de la section 2.1)	6 533[8]
Établissements de soins de longue durée (voir définition de la section 2.1)	6 701[8]
Établissements de réadaptation (voir définition de la section 2.1)	2408
Total	13 474[8]

[7] NOTA: Ce programme s'applique également aux coûts des traitements reçus à l'extérieur de la province, au sein du Canada.

[8] NOTA : Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2001-2002 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Parmi les mesures prises en 2001-2002 pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés, il convient de mentionner les suivantes :

- En avril 2001, le gouvernement a annoncé l'adoption de son plan d'activités de 2001-2002 à 2003-2004 prévoyant un financement accru du système de santé provincial.
- En vertu de ce plan d'activités, le budget de base pour 2001-2002 a été augmenté de 13 pour cent ou de 737 millions de dollars, les dépenses totales du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta en 2001-2002 étant de 6,325 milliards de dollars.
- Les autorités sanitaires régionales et les conseils provinciaux ont reçu une hausse de financement de 338 millions de dollars ou de 10,8 pour cent en 2001-2002. Cette somme prévoyait 264 millions de dollars pour améliorer la rémunération des infirmières et d'autres dispensateurs de soins de santé. L'augmentation prévoyait aussi 17,8 millions de dollars pour permettre à l'Alberta d'assurer une cible de 24 examens IRM par 1 000 habitants.
- Elles ont également reçu une hausse de 34 millions de dollars ou de 10,8 pour cent à l'échelle provinciale pour des services nécessaires à la survie effectués surtout à Edmonton et à Calgary.
- Une somme additionnelle de 48,9 millions de dollars a été consentie aux autorités sanitaires pour l'achat de matériel médical. Cette somme représente la deuxième année d'un engagement de 97,7 millions de dollars du gouvernement fédéral pour l'achat de matériel de haute technologie à des fins de diagnostic et de traitement.
- En novembre 2001, un financement additionnel de 200 millions de dollars a été accordé aux autorités sanitaires. Ces fonds ont été fournis pour aider à desservir une population croissante, satisfaire une demande accrue, contrebalancer le coût plus élevé des fournitures et aider à régler les problèmes de dotation comme le recrutement.
- La somme de 200 000 $ en financement ponctuel a été fournie par le gouvernement pour couvrir complètement l'augmentation du coût de l'assurance contre la faute professionnelle pour les sages-femmes autorisées de l'Alberta.
- Dans le rapport trimestriel que les autorités sanitaires régionales présentent au ministère de la Santé et du Mieux-être, les volumes et les temps d'attente sont déclarés pour les services suivants : chirurgie de remplacement d'une hanche ou d'un genou; temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hôpital; imagerie par résonance magnétique; services de soins de longue durée; chirurgie cardiaque à coeur ouvert pour adultes. Les attentes et les exigences en matière de rapports de la province sont décrites dans le document intitulé « *Health Authority Accountability for Targeted Funding 2001-2002* » « Appendix 3 ». Ces rapports trimestriels sont publiés sur le site Web du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta à

  www.health.gov.ab.ca
- Les temps d'attente pour le traitement du cancer sont déclarés au ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta par le Alberta Cancer Board sur une base trimestrielle. À l'heure actuelle, les temps d'attente sont déclarés uniquement pour le cancer du sein et le cancer de la prostate, mais on compte élargir la déclaration aux cinq grands groupes de tumeurs qui représentent 70 pour cent de leur charge de travail.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2001-2002, quelque 5 079 médecins et 1 524[9] chirurgiens stomatologistes et dentistes étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta et soumettaient des demandes à celui-ci.

[9] NOTA : Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2001-2002 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Parmi les mesures prises en 2001-2002 pour améliorer l'accès aux services médicaux et services de chirurgie buccale et maxillo-faciale assurés, il convient de mentionner les suivantes :

- des augmentations considérables dans le nombre de places à l'école de médecine et pour la résidence en médecine. Ces augmentations comprenaient l'ajout de 54 nouveaux postes d'entrée à l'école de médecine dans les deux établissements de médecine de l'Alberta, et la création du *Alberta International Medical Graduate (AIMG) Program* et du *Alberta Rural Family Medicine Network (ARFMN)*. Il y a maintenant 19 résidents en formation au *AIMG Program*. Le *ARFMN Program* compte au total 40 résidents en médecine familiale. De plus, les deux établissements de médecine ont obtenu un financement accru pour la formation de 32 résidents de plus;
- en réponse au rapport du Premier's Advisory Council on Health, le gouvernement de l'Alberta s'est engagé à prendre les mesures suivantes :
  - travailler de concert avec les médecins et les autorités sanitaires régionales pour déterminer les services qui auront une garantie d'accès de 90 jours. Les garanties entreront en vigueur en 2003;
  - lancer un site Web pour afficher de l'information sur les temps d'attente pour certaines procédures en 2003;
  - prévoir un système centralisé de rendez-vous pour certaines procédures afin de permettre aux patients de trouver un chirurgien et un établissement qui conviennent à leurs besoins en 2006;
  - accroître le recours à des groupes de soins, ce qui comprend une vaste gamme de professionnels de la santé et de nouvelles approches pour prendre soin des personnes souffrant de maladies chroniques, au cours des trois prochaines années.

5.4 Rémunération des médecins

Le 20 avril 1998, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et l'Association médicale de l'Alberta ont conclu une entente directrice quinquennale régissant la prestation des services médicaux aux Albertains pour la période allant de 1998 à 2004. Cette entente a remplacé toutes les autres ententes alors en vigueur. Dans le cadre de cette entente, qui prévoit les modalités financières pour les exercices 1998-1999, 1999-2000 et 2001-2002, le ministère de la Santé et du Mieux-être impose un plafond révisable pour la rémunération à l'acte des médecins et pour un certain nombre de programmes d'avantages sociaux offerts à ces derniers. L'entente a été ratifiée à la majorité des voix par les membres de l'Association médicale de l'Alberta.

En janvier 2001, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et l'Association médicale de l'Alberta ont conclu une entente modifiant l'entente directrice du 20 avril 1998. Les conditions de la nouvelle entente sont en vigueur du 1er avril 2001 au 31 mars 2003, à moins qu'une autre date d'entrée en vigueur ne soit indiquée pour une des conditions. L'entente modifiant l'entente directrice établit les budgets des services médicaux pour les exercices 2001-2002 et 2002-2003, ainsi que le pourcentage qui doit être utilisé pour établir les estimations concernant les hausses démographiques, pour faire les ajustements au plafond révisable du budget des services médicaux.

L'entente modificatrice a établi aussi un fonds pour l'innovation dans le domaine de la prestation des services médicaux pour appuyer l'élaboration d'autres plans de paiement, ainsi qu'un programme de spécialistes sur appel pour rémunérer les spécialistes sur appel et les aider à respecter leur responsabilité qui consiste à assurer que les patients ont accès aux spécialistes. Conformément à l'entente modificatrice, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta s'est également engagé à établir un fonds d'urgence pour les médecins sur appel qui sera en vigueur dès le 1er avril 2002 afin de financer les changements qui pourraient s'imposer à la suite de l'examen et de l'évaluation de l'efficacité des programmes à l'intention des médecins sur appel de l'Alberta.

Le paragraphe 4(1) de l'*Alberta Health Care Insurance Act* confère le pouvoir au ministre de payer les avantages sociaux en fonction des services de santé offerts aux résidents de l'Alberta. Le *Medical Benefits Regulation* (AR173/93, entré en vigueur le 1er avril 1993) définit les services pour lesquels des prestations

sont payables, détermine le barème selon lequel les taux sont établis et décrit les exigences en matière de présentation de réclamations au régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Aucune modification n'a été apportée à la loi en 2001-2002.

Barème des honoraires

La plupart des médecins en Alberta sont rémunérés à l'acte lorsqu'ils fournissent des services assurés. Certains médecins considèrent le modèle de financement et de rémunération à l'acte restrictif. Le ministère et l'Association médicale de l'Alberta travaillent en collaboration avec les autorités sanitaires, les établissements et les médecins en vue d'élaborer un certain nombre de projets sur des plans de rémunération non traditionnels pour remplacer la rémunération à l'acte. Jusqu'à maintenant, le sous-comité chargé de la question a élaboré quatre modèles de financement. Comme pour la rémunération à l'acte, les plans de rémunération non traditionnels sont financés à partir du budget des services médicaux du ministère et **ne sont pas reflétés dans l'annexe A du présent rapport** (voir Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux). Dans certains cas, le financement des plans de rémunération non traditionnels et la rémunération à l'acte peuvent être intégrés de manière à rémunérer les médecins pour des services qui ne font pas partie de l'arrangement. Les projets sur des plans de rémunération non traditionnels pourraient aussi être admissibles à une subvention pour couvrir certaines dépenses associées au projet.

Les quatre modèles de financement élaborés par le sous-comité APP sont les suivants :

- **Capitation :** Le financement par capitation est habituellement associé à la prestation des soins médicaux primaires. Un financement par habitant est octroyé pour les soins complets de chaque patient pour une période déterminée. Le tarif de capitation est calculé en prenant en considération divers facteurs, notamment l'âge et le sexe des patients et une gamme prédéterminée de services qui seront offerts par la clinique.
- **Rémunération par séance :** Financement fondé sur des unités de temps (par exemple, à l'heure ou quotidien) consacrées à la prestation de services médicaux assurés définis dans le cadre de la structure organisée d'un programme. La rémunération par séance doit faire partie d'un programme exécuté par les autorités sanitaires régionales et doit prévoir et respecter un certain modèle établi de prestation de services.
- **Rémunération contractuelle :** Financement octroyé dans la forme d'un montant forfaitaire pour la prestation d'un volume prédéterminé de services médicaux assurés, pendant une certaine période, telle qu'une année (par exemple, x dollars payés pour la rencontre de cent patients ou la prestation d'un service quelconque répétée 500 fois).
- **Financement global :** Montant négocié versé à un groupe de médecins pour la prestation de tous les services assurés dans un domaine particulier de la médecine au cours d'une période de temps considérable (par exemple, x dollars pour la prestation de tous les services de neurochirurgie dans le nord de l'Alberta sur une période de trois ans).

En 2001-2002, les programmes de rémunération et de financement non traditionnels ont été élargis. Deux nouveaux projets ont été mis en oeuvre portant ainsi à environ 80 le nombre total de médecins participant à des plans de rémunération non traditionnels dans sept projets. Onze autres plans de rémunération non traditionnels, auxquels participent environ 250 médecins, et quatre plans de financement non traditionnels, auxquels participent plus de 200 médecins universitaires, en sont à des stades variés d'élaboration. Trente-huit demandes provenant de médecins et visant un financement du *Medical Services Delivery Innovation Fund* pour l'élaboration de plans de financement non traditionnels ont reçu une approbation préliminaire.

5.5 Paiements aux hôpitaux

La *Regional Health Authorities Act* expose les exigences relatives à l'établissement et à la gestion publique des autorités sanitaires régionales de l'Alberta. En Alberta, les services

hospitaliers sont assurés par les autorités sanitaires régionales.

Aux termes de l'article 8 de la *Regional Health Authorities Act*, l'autorité sanitaire doit présenter au ministre un projet de régime de soins médicaux pour la région. Ce projet doit indiquer la façon dont l'autorité sanitaire propose d'assumer ses responsabilités et de mesurer son rendement à cet égard de même que contenir de l'information concernant les services de santé à dispenser et le coût anticipé de leur prestation.

Les autorités sanitaires régionales sont financées par le gouvernement provincial à l'aide d'une formule de financement fondée sur la population. Un financement supplémentaire est également accordé aux autorités sanitaires d'Edmonton et de Calgary pour la prestation de services tertiaires spécialisés (services offerts à l'échelle provinciale) à tous les Albertains. En 2001-2002, 3,8 milliards de dollars ont été octroyés aux autorités sanitaires régionales sous forme de financement global, y compris les services offerts à l'échelle provinciale.

Les autorités sanitaires régionales sont responsables de rendre compte et relèvent du ministre de la Santé et du Mieux-être. Le ministre a le pouvoir de demander aux régions les dossiers, les rapports, les relevés financiers ainsi qu'un rapport annuel de leurs activités. Les rapports annuels sont par la suite présentés à l'assemblée législative par le ministre et sont compris dans le rapport annuel du portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

En 2001-2002, des modifications concernant l'élection et la nomination des membres du conseil ont été apportées à la *Regional Health Authorities Act*. Des modifications ont également été apportées au *Regional Health Authorities Regulation* afin de dispenser les autorités sanitaires régionales de payer des frais liés aux titres fonciers lorsque le ministre demande le transfert d'une propriété. Des modifications additionnelles ont été apportées concernant l'accumulation de déficits et l'élection et la nomination des membres des conseils.

En 2001-2002, le *Election and Appointment of Regional Health Authority Members Regulation* est entré en vigueur. Le règlement régit l'élection et la nomination des membres des autorités sanitaires régionales.

En 2001-2002, le *Election Forms Regulation* est entré en vigueur. Le règlement établit les formulaires à utiliser pour la nomination et l'acceptation des candidats électoraux.

Des modifications ont été apportées au *Regional Health Authorities (Ministerial) Regulation*. Ce règlement exige que les hôpitaux conservent les déclarations remises aux patients concernant les coûts des biens ou services médicaux améliorés et que des renseignements sur le rendement financier et les recettes et les dépenses prévues soient communiqués au ministre.

Des modifications concernant l'application du règlement lors de la modification de frontières ont également été apportées au *Property and Assets (Transitional) Regulation* en 2001-2002.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Alberta a publiquement reconnu les contributions fédérales reçues en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans les résultats de 2001-2002, dans son plan d'activités triennal et dans une liste des revenus des états financiers du ministère. Les transferts figurent aussi dans le rapport annuel. Tous ces documents sont disponibles soit en communiquant avec l'imprimeur de la Reine ou en consultant notre site Web à

www.health.gov.ab.ca

ou une bibliothèque publique de la province.

7.0 Services complémentaires de santé

Les centres de soins prolongés de l'Alberta offrent l'hébergement et la pension, ainsi que toute une gamme de services de soins, depuis les soins personnels avec supervision infirmière jusqu'aux services médicaux et thérapeutiques spécialisés. Dans la plupart des cas, les hôpitaux auxiliaires et les maisons de repos sont appelés des centres de soins de longue durée et s'adressent aux résidents ayant des besoins apparentés. Le financement des centres de

soins de longue durée relève maintenant de la compétence des 17 autorités sanitaires régionales. Les autorités sanitaires régionales exploitent elles-mêmes les centres de soins de longue durée ou confient la prestation des services à des organismes bénévoles ou à des entrepreneurs.

Le programme de soins à domicile, offert lui aussi par l'entremise des autorités sanitaires régionales, fournit toute une gamme de services de soutien professionnels en vue du maintien ou du retour à domicile des personnes de tous âges. Dans le cadre de ce programme, toutes les autorités sanitaires régionales offrent des services d'évaluation et de coordination des cas, ainsi que des services infirmiers et des services de soutien, comme les soins personnels et l'aide à domicile. D'autres services peuvent parfois être fournis : ergothérapie, physiothérapie, oxygénothérapie, orthophonie, services sociaux et services nutritionnels.

L'admission au système de soins de longue durée, qui comprend les soins à domicile, les centres de soins de longue durée et de soins communautaires et les programmes de jour pour adultes, est fondée sur une évaluation fonctionnelle des besoins de la personne, effectuée à l'aide de l'*Alberta Assessment and Placement Instrument*. La province a adopté le principe du guichet unique pour les personnes qui cherchent des soins de longue durée en établissement ou dans la communauté. Cette démarche a pour but de faire en sorte que toutes les options communautaires possibles soient examinées avant de recourir aux soins en établissement. Le personnel des soins à domicile procède à une évaluation, détermine les besoins en collaboration avec le client et sa famille et recommande les services de santé et de soutien les plus appropriés.

L'aide de la province à la vie quotidienne

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta administre également le programme d'aide à la vie quotidienne de l'Alberta, qui a pour but de favoriser l'autonomie des patients vivant chez eux qui sont atteints d'une maladie chronique, d'une maladie en phase terminale ou d'une invalidité, en leur fournissant du matériel ou des appareils médicaux approuvés par le programme. Des agents approbateurs exerçant dans les secteurs des soins communautaires, des soins prolongés ou des soins actifs évaluent l'admissibilité des clients.

Alberta Mental Health Board, services de santé mentale

Les services de santé mentale sont fournis par l'*Alberta Mental Health Board* (AMHB), par l'intermédiaire des cliniques communautaires, de deux hôpitaux psychiatriques, de deux centres de soins, de 67 cliniques communautaires de santé mentale et de trois bureaux satellites ainsi que divers organismes communautaires à but non lucratif. Les services offerts comprennent des services d'évaluation et de traitement aux patients et aux membres de leur famille et des services de consultation aux médecins, aux établissements de santé, aux unités de santé, aux écoles et aux organismes communautaires. Les deux hôpitaux psychiatriques offrent des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation aux adultes, y compris les délinquants atteints d'une maladie mentale et les adultes souffrant d'une lésion cérébrale. Les deux centres de soins en établissement fournissent des programmes de réadaptation à long terme aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave. L'AMHB assure aussi la direction de quatre programmes provinciaux de santé mentale : psychiatrie médicolégale, psychiatrie gériatrique, soins tertiaires pour adultes et traumatismes crâniens.

Les autorités sanitaires régionales fournissent également des services psychiatriques spécialisés par l'entremise de 17 hôpitaux de la province. Enfin, les médecins de famille, les programmes de soins à domicile et les centres de soins de longue durée fournissent aussi des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

Alberta Cancer Board

En 2001-2002, le ministère a versé 139,5 millions de dollars à l'*Alberta Cancer Board* pour l'aider à financer ses activités et ses différents programmes de recherche.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

- *Schedule of Medical Benefits, 1er avril 2002*;
- *Schedule of Oral and Maxillofacial Surgery Benefits, 1er août 2002*;
- Rapports de 2001-2002 du vérificateur général de l'Alberta.

Regroupement de toutes les lois relatives au régime d'assurance-santé, telles que présentées dans la section sur l'administration publique de notre exposé, ainsi que les règlements connexes :

- *Alberta Health Care Insurance Act*;
- Alberta Health Care Insurance Regulation;
- *Government Accountability Act*;
- *Health Care Protection Act*;
- Health Care Protection Regulation;
- *Health Insurance Premiums Act*;
- Health Insurance Premiums Regulation;
- Hospitalization Benefits Regulation;
- *Hospitals Act*;
- Hospital Foundations Regulation;
- Medical Benefits Regulation;
- *Medical Profession Act*;
- *Nursing Homes Act*;
- Nursing Homes General Regulation;
- *Regional Health Authorities Act*;
- Regional Health Authorities Regulation.

Rapports témoignant des contributions du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux :

- *Alberta Ministry of Health and Wellness Annual Report, 2001-2002*;
- *Ministry of Health and Wellness Three-Year Business Plan, 2002-2005*;
- Budget de l'Alberta, 2001-2002.

Colombie-Britannique

Introduction

La Colombie-Britannique est pourvue d'un système de santé progressif et intégré fondé sur des collèges professionnels auto-réglementés qui offrent des services de santé accessibles, abordables et de qualité dans toutes les régions. Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique comprend les services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que les services entièrement financés par le gouvernement de la Colombie-Britannique. Les instances responsables des services de santé s'occupent de la prestation et de la gestion des services de santé dans chaque collectivité de la Colombie-Britannique. Au 31 mars 2002, il y avait cinq instances régionales responsables des services de santé ainsi que le *Provincial Health Services Authority*.

Les soins de santé sont une priorité du gouvernement et de la population de la Colombie-Britannique.

Activités en 2001-2002

Au cours de l'année 2001-2002, on a concentré les efforts sur les changements requis pour renouveler le système de soins de santé public en Colombie-Britannique afin qu'il soit viable tout en répondant aux besoins des résidents de la province en matière de santé. Au cours de la dernière décennie, les dépenses en santé sont passées de 33 p. 100 à près de 39 p. 100 du budget provincial et, en 2001-2002, le budget du ministère des Services de santé a été augmenté de 1,1 milliard de dollars, s'élevant donc à 9,5 milliards de dollars. Des hausses de cette envergure minent la viabilité du système.

En juin 2001, l'ancien ministère de la Santé et ministère responsable des Personnes âgées a été restructuré en deux nouveaux ministères dans le but de répondre aux enjeux de la santé et d'améliorer les soins de santé en Colombie-Britannique. Le *Ministry of Health Services* assure le financement du système de la santé, oriente de manière stratégique le système de santé et offre un leadership en ce qui a trait à la prestation de services de soins de santé, de santé préventive et de promotion de la santé en Colombie-Britannique. Le *Ministry of Health Planning* soutient la planification à long terme nécessaire pour assurer la viabilité du système de santé public de la Colombie-Britannique dans les années à venir.

En décembre 2001, les autorités de la santé ont également été soumises à une restructuration axée sur les soins aux patients et la réduction des chevauchements en ce qui a trait aux services administratifs de la structure précédente qui comprenait 52 instances responsables des services de santé. Il y a maintenant cinq instances régionales responsables des services de santé qui s'occupent de la gestion et de la prestation de toute une gamme de services de santé, notamment des soins de courte durée et les soins hospitaliers, les soins à domicile et en milieu communautaire, la santé mentale, les toxicomanies et les services de santé publique. Ces cinq instances régionales englobent 15 secteurs de prestation de services, qui ont été établis de manière à refléter les modes naturels d'aiguillage. *Le Provincial Health Services Authority* a été mis en place pour coordonner et offrir des services très spécialisés qui ne peuvent pas être offerts dans toutes les régions et pour favoriser la coordination des initiatives provinciales. Les instances responsables des services de santé reçoivent maintenant des budgets pour trois ans, ce qui facilite la planification, et ont une plus grande obligation de rendre compte en raison d'objectifs de rendement qui définissent les attentes et les tâches à exécuter pour trois exercices. Les objectifs de rendement établissent également les principales exigences en matière de changement dans certains secteurs de service, tels que les soins d'urgence, les services chirurgicaux, les soins à domicile et en milieu communautaire, la santé publique et la prévention des maladies ainsi que la santé mentale. Une nouvelle formule de financement axée sur les besoins de la population a été élaborée en 2001–2002. Sa mise en oeuvre est prévue pour 2002–2003.

Un certain nombre de mesures ont été prises en 2001-2002 pour améliorer l'accès et pour réduire les périodes d'attente aux services hospitaliers assurés. Un financement de 63 millions de dollars pour les immobilisations et l'exploitation a été approuvé afin que les instances responsables des services de santé puissent acheter du matériel de diagnostic tel que des tomodensitomètres, du matériel clinique moderne pour les salles d'opération et les laboratoires et de nouveaux lits et des appareils de levage pour prévenir les blessures chez les travailleurs de la santé.

Un vaste éventail de projets relatifs aux immobilisations ont été financé afin de permettre la création et l'amélioration d'établissements de soins de santé.

En 2001, le gouvernement a alloué 21 millions de dollars pour une nouvelle stratégie de soins infirmiers et a embauché le premier directeur exécutif des soins infirmiers de la Colombie Britannique. La stratégie traite de la pénurie de personnel infirmier dans la province et cherche à améliorer les conditions de travail des infirmières et des infirmiers.

Le *Ministry of Health Planning* a préparé des normes d'accès aux soins actifs qui sont utilisées par les instances responsables des services de santé dans le cadre de la restructuration des services hospitaliers. Les normes précisent le temps maximal de transport pour avoir accès à des services d'urgence, des services internes et les principaux services spécialisés. Elles font en sorte également que la majorité des résidents de la Colombie-Britannique, dans toutes les régions, ont un accès raisonnable à ces services.

Les renseignements sur la santé et les soins de santé en Colombie-Britannique sont disponibles sur les sites Web suivants :

www.gov.bc.ca/healthservices/
www.gov.bc.ca/healthplanning/

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le 1er janvier 1949, le gouvernement provincial de la Colombie-Britannique promulguait la *Hospital Insurance Act*, laquelle détermine le paiement des traitements fournis aux résidents admissibles. Les services hospitaliers sont financés, sans but lucratif, par la *Performance Mangement and Improvement Division* du *Ministry of Health Services*. Le régime est responsable au nom du gouvernement provincial en ce qui a trait au financement public continu des services hospitaliers publics de la province dispensés par l'entremise des accords de financement et de transfert conclus avec les six instances responsables des services de santé, conformément à la *Hospital Act,* à la *Hospital Insurance Act* (article 9) et à la *Hospital District Act* (article 20). Ces dernières régissent le contrôle des dépenses et des engagements pour le fonctionnement des hôpitaux, le financement pour la construction d'hôpitaux et l'équipement et le remboursement des coûts hospitaliers fournis hors province aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique.

L'article 9 de la *Hospital Insurance Act* requiert que le ministre verse un montant , tous les ans, aux hôpitaux pour couvrir les services hospitaliers publics assurés. Les modifications proposées à la *Loi* ayant trait à l'administration qui devraient être adoptées au printemps 2003, témoigneront du fait que le financement du gouvernement pour les services hospitaliers assurés est maintenant transmis aux hôpitaux par l'entremise du financement des instances responsables des services de santé .

Le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique, le *Medical Service Plan* (MSP), est géré sans but lucratif par la *Medical Services Commission*, organisme relevant du *Ministry of Health Services* qui favorise, conformément à la *Medicare Protection Act* (1996), un accès raisonnable aux services assurés fournis aux prestataires (résidents) admissibles dans le cadre du MSP de la

Colombie-Britannique. Le personnel du *Ministry of Health Services* responsable du MSP veille à sa gestion quotidienne. L'article 3 de la *Medical Protection Act* prévoit la création du régime de soins médicaux et de la *Medical Services Commission*.

La Commission dispose de l'autorité (tel qu'il est stipulé à l'article 5 de la *Medical Protection Act*) pour déterminer les services offerts, inscrire les prestataires, embaucher les médecins, traiter et payer les réclamations des médecins pour les services fournis, inscrire les centres de diagnostic, mettre sur pied des comités consultatifs, autoriser des recherches et des enquêtes relatives à la prestation de services, vérifier les demandes de paiement et les modèles de pratique des médecins ou les factures soumises ainsi qu'entendre les demandes d'appel formulées par les médecins et les prestataires.

Aucune modification concernant le nom du régime ou son autorité publique n'a été apportée à la *Medical Protection Act* ou au *Medical and Health Care Services Regulation* pris en application de la *Medical Protection Act* 2001-2002.

1.2 Liens hiérarchiques

Les instances responsables des services de santé doivent présenter des rapports sur les données sur la santé afférentes aux hôpitaux de leurs juridictions à l'intention du *Ministry of Health Services*, conformément à la politique provinciale. La *Performance Management and Improvement Division* présente un rapport au gouvernement par l'entremise du rapport annuel du *Ministry of Health Services* .

La *Medical Services Commission* présente un rapport annuel contenant un état financier distinct à l'intention du ministre. Le rapport annuel de 2001-2002 a été déposé en octobre 2002.

Dans leur rapport annuel sur le rendement, le *Ministry of Health Planning* et le *Ministry of Health Services* produisent de l'information complète sur le rendement du système de santé financé par le secteur public de la Colombie-Britannique. La collecte et le rapport de cette information s'inscrivent dans l'approche stratégique des ministères et dans le cadre des responsabilités à l'égard de la planification du rendement et de la production de rapports en vertu de la *Budget Transparency and Accountability Act* adoptée au cours de l'an 2000.

1.3 Vérification des comptes

La *Performance Management and Improvement Division* et la *Medical Services Commission* peuvent voir leurs comptes et leurs opérations financières vérifiés de trois façons. À l'interne, la *Finance and Decision Support Unit* du *Ministry of Health Services* examine les activités ministérielles.

La *Internal Audit and Advisory Services* du Bureau du contrôleur général est le vérificateur interne du gouvernement provincial, et le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique est chargé de mener des vérifications et d'en présenter les résultats à l'assemblée législative. Le BVG amorce ses propres vérifications et détermine leur portée. Le Comité des comptes publics de l'assemblée législative examine les recommandations formulées par le vérificateur général et détermine quand le Ministère se conforme aux constatations. Le contrôleur général détermine la portée des vérifications internes et le moment où elles ont lieu, en collaboration avec le comité de vérification du *Ministry of Health Services* . L'agent financier supérieur du Ministère détermine la portée et le moment où les examens seront menés par la *Finance and Decision Support Unit* .

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Act* régit la couverture des services hospitaliers assurés par le régime d'assurance public. L'admissibilité est définie par le règlement qui comprend une exigence quant au lieu de résidence ainsi qu'une période d'attente. L'article 1 de la *Hospital Insurance Act* régit les services hospitaliers assurés fournis par les établissements. En 2001-2002, la *Loi*

touchait 94 hôpitaux de soins actifs, 3 hôpitaux de réadaptation, 18 hôpitaux de soins prolongés autonomes et 25 centres de diagnostic et de traitement et autres centres de santé.

Les services hospitaliers assurés sont fournis tels qu'ils sont recommandés par le médecin traitant ou une sage-femme. Ces services, et les conditions selon lesquelles ils sont offerts, sont inscrits à la section 5 du *Hospital Insurance Act Regulations*. Les services offerts aux patients hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire et de radiologie, les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service de diagnostic approuvés par le ministère;
- les médicaments, les produits biologiques et les fournitures médicales approuvés en clinique lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général précisé dans la *Hospital Insurance Act*;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement;
- le matériel et les fournitures d'anesthésie;
- l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie et d'ergothérapie là où elles existent;
- d'autres services approuvés par le ministre et dispensés par des personnes rémunérées à cette fin par l'hôpital.

Les personnes admissibles qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour des blessures ou des maladies et des services de salles d'opération ou d'urgence pour des interventions mineures et les soins chirurgicaux de jour, y compris l'application et l'enlèvement des plâtres.

Les services de consultation externe comprennent :

- les traitements d'hémodialyse dans des hôpitaux désignés ou dans d'autres établissements approuvés;
- les soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés;
- les conseils en diététique pour patients externes dans des hôpitaux qui emploient des diététiciens compétents;
- des services psychiatriques et les soins et services de jour de physiothérapie et de réadaptation pour patients externes;
- les traitements du cancer et les services de cytologie;
- le traitement du psoriasis pour patients externes;
- les services d'avortement;
- les services d'IRM.

Les services hospitaliers assurés sont fournis sans frais. Les frais supplémentaires pour les fournitures médicales ou de chirurgie préférées sont fondés sur une demande du malade. Le malade n'a pas à assumer les frais supplémentaires si le service recommandé est évalué comme nécessaire sur le plan médical par son médecin traitant.

Les services d'ambulance sont fournis dans la province par le *Ministry of Health Services* de la Colombie-Britannique, par l'entremise de la *Emergency Health Services Commission*. Le patient paie une somme nominale.

En 2001-2002, aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés couverts en vertu de la *Hospital Insurance Act*. Les services hospitaliers généraux sont décrits aux articles 5 et 8 de la *Hospital Insurance Act*. Les services hospitaliers inscrits dans le règlement sont exhaustifs et génériques et c'est en 1996 que la liste a été mise à jour la dernière fois, alors qu'on avait procéder à la mise à jour d'un élément déjà inscrit. Le processus pour modifier les éléments inscrits est le même que pour toute autre modification au règlement.

2.2 Services médicaux assurés

Les services médicaux assurés sont fournis en vertu de la *Medicare Protection Act* (1996). L'article 13 de la *Medicare Protection Act* (MPA) stipule que les praticiens (notamment les médecins et les professionnels de la santé, tels que les dentistes) inscrits qui offrent des services à un prestataire sont admissibles au paiement des services rendus conformément au barème d'honoraires approprié.

Le *Medical Services Plan* (MSP) offre tous les services nécessaires sur le plan médical. À moins d'une exclusion, les services médicaux suivants sont assurés par le régime de soins médicaux conformément à la MPA et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- services médicalement nécessaires pour les prestataires (résidents de la Colombie–Britannique) par un médecin inscrit au régime des soins médicaux;
- services médicalement nécessaires offerts dans des installations de diagnostic sous la supervision d'un médecin inscrit.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au *College of Physicians and Surgeons of British Columbia* et en être des membres en règle. Pour recevoir un paiement pour des services assurés, ils doivent être inscrits au MSP. Au cours de l'exercice 2001–2002, 7 810 médecins y étaient inscrits et étaient rémunérés à l'acte. En outre, certains médecins sont salariés, reçoivent une rémunération à la vacation ou ont des ententes contractuelles (conventions de services) pour un mécanisme de rechange. La plupart des médecins rémunérés par l'entremise de mécanismes de rechange recevaient également une rémunération à l'acte.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire à la *Medical Services Commission* ou, encore, de s'en retirer. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la Commission. Les services fournis par les médecins non inscrits ne sont pas des services assurés et les patients doivent en assumer les coûts. Au 31 mars 2002, un seul médecin inscrit s'était retiré de la Commission.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, moyennant un avis écrit à la Commission. De 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, la Commission communiquera la date de mise en vigueur de cette méthode de rémunération. Dans ce cas, les patients peuvent présenter une demande au MSP pour obtenir le remboursement des frais des services assurés fournis. Au 31 mars 2002, seulement huit médecins ne participaient pas à ce type de rémunération.

En avril 2002, en vertu de la *Health Services Statutes Amendment Act* (2002), plusieurs modifications ont été apportées à la *Medicare Protection Act* concernant les services médicaux assurés. Les modifications sont les suivantes : abroger l'article 13.1 pour éliminer le retrait obligatoire des médecins du régime de soins médicaux à l'âge de 75 ans; modifier l'article 37 pour inclure des frais supplémentaires et des frais d'intérêt pour les médecins qui reçoivent de l'argent de la Commission pour des services qu'ils n'ont pas fournis; et modifier l'article 37 de manière à permettre à la Commission d'exiger des intérêts pour des facturations inadéquates rétroactivement à la période de facturation. Les modifications ont été adoptées en vertu des décrets 557/02 et 558/02 le 4 juillet 2002.

En vertu de l'accord-cadre entre la Commission et la *British Columbia Medical Association* (BCMA), les ajouts, les suppressions, les modifications d'honoraires et autres changements apportés au barème d'honoraires de la Commission sont effectués par la Commision selon les conseils de la BCMA. Les médecins qui veulent proposer des modifications au barème doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de la BCMA par l'entremise de la section appropriée. Sur recommandation du comité des tarifs de la BCMA, des inscriptions provisoires peuvent être désignées par la Commission pour de nouveaux procédés et d'autres services pour une période limitée afin de permettre l'inscription définitive, s'il y a lieu.

Plusieurs nouveaux honoraires ont été ajoutés en 2001-2002 :

- enregistreurs d'incidents cardiaques activés par les patients;
- photo épilation des poils sur le visage;
- test des abus de drogues;
- oesophagoscopie flexible pour le retrait d'un corps étranger causant une obstruction;
- hélicobacter pylori par le test respiratoire à l'urée C^{13};
- hélicobacter pylori par le test respiratoire à l'urée C^{14};
- chlamydia trachomatis utilisant NAT;
- sirolimus.

Un certain nombre de nouvelles directives de pratique clinique ont également été approuvées par la Commission :

- mesure de la concentration des médicaments antiépileptiques chez les adultes;
- détection, à partir d'échantillons d'urine, de cas d'abus de drogue: programme de traitement à la méthadone;
- enquête et gestion de l'hyperferritinémie;
- analyse des anticorps antinucléaire (ANA) pour déceler la collagénose;
- utilisation du profil hématologique chez les adultes.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de soins médicaux offre des services déterminés de chirurgie buccale et dentaire, lorsqu'ils sont nécessaires sur le plan médical ou de la dentisterie et fournis dans un hôpital par un chirurgien dentiste/stomatologiste. Tout chirurgien dentiste ou stomatologiste inscrit au *College of Dental Surgeons* et y étant un membre du *Medical Services Plan* (PSP)en règle peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2001-2002, il y avait 275 chirurgiens dentistes inscrits au régime et facturant à l'acte. Aucun d'eux n'a décidé de se retirer du MSP.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Pour les patients externes, les médicaments emportés à domicile et certains médicaments fournis à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme Pharmacare (programme de services pharmaceutiques). D'autres services sont exclus en vertu de la *Hospital Insurance Act* :

- les services diagnostiques de consultation externe non associés aux services d'urgence;
- les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital;
- les traitements pris en charge par la *Workers' Compensation Board*, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme;
- les services à des fins purement esthétiques;
- le rétablissement de la fécondité.

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- des installations préférées demandées par le patient;
- la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés;
- des fournitures médicales ou de chirurgie préférées;
- des soins dentaires pouvant être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de prothèse et d'orthodontie;
- des services préférés fournis aux malades dispensés dans des unités ou des hôpitaux de soins prolongés.

Les services suivants ne sont pas assurés en vertu du *Medical Services Plan*:

- les services assurés en vertu de la *Worker's Compensation Act* ou d'une autre loi provinciale ou fédérale;
- la fourniture de prothèses non implantées;
- les orthèses;
- les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés;
- toute demande d'examen qui n'est pas médicalement requis;
- la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste;
- l'acuponcture;
- les vaccinations de groupe;
- les consultations téléphoniques non liées aux visites assurées;
- le rétablissement de la fécondité;
- la fécondité *in vitro*;
- les services médico-légaux;
- les services dispensés à des fins esthétiques;
- les services de conseils en médecine préventive comme, par exemple, les programmes contre le tabagisme.

Pour obtenir des services hospitaliers ou médicaux, ces derniers doivent être considérés comme essentiels sur le plan médical par le médecin traitant et par l'hôpital.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou l'émission d'une police d'assurance-santé par un assureur privé à des prestataires pour des services qui seraient considérés comme des services assurés s'ils étaient fournis par un médecin. L'article 17 de la *Medicare Protection Act* empêche d'exiger le paiement d'un service ou de fournitures, de consultations, d'actes, de l'utilisation d'un bureau, d'une clinique ou de tout autre endroit ou pour toute affaire relative à la prestation d'un service. Le *Ministry of Health Services* répond aux plaintes formulées par les patients et prend les mesures appropriées pour corriger les situations signalées au ministère.

La *Medical Services Commission* détermine les services assurés en vertu du régime de soins médicaux et détient l'autorité de radier de la liste certains services assurés. Des propositions de radiation peuvent être formulées auprès de la Commission. Des consultations peuvent être tenues par l'entremise d'un sous-comité de la Commission et comprennent habituellement un examen du comité des tarifs de la *British Columbia Medical Association*.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La politique provinciale sur l'admissibilité aux services hospitaliers est définie dans le chapitre 2 du *Acute Care Policy Manual* du *Ministry of Health Services*.

L'admissibilité et l'inscription des prestataires pour les services médicaux assurés sont définies dans l'article 7 de la *Medicare Protection Act*. La partie 2 des *Medical and Health Care Services Regulations* pris en application de la *Medicare Protection Act* établi les normes en matière de résidence. Une personne doit être résidente de la Colombie-Britannique pour pouvoir recevoir des services de soins de santé provinciaux assurés. En vertu de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, un résident est une personne qui est citoyenne canadienne ou qui est légalement autorisée à être au Canada en tant que résidente permanente, qui élit domicile en Colombie-Britannique et qui y demeure au moins six mois par année civile. La définition d'un résident comprend la personne qui est considérée comme telle dans la partie 2 des *Medical and Health Care Services Regulations* , mais ne comprend pas les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Tous les résidents, à l'exception des personnes qui sont admissibles à une couverture d'une autre source, ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance pour les soins médicaux. Les membres libérés de la Gendarmerie Royale du Canada et des Forces canadiennes ainsi que les détenus fédéraux libérés sont protégés dès le premier jour de leur libération. Toutefois, s'ils se trouvent alors en dehors de la Colombie-Britannique, ils se voient imposer le délai d'attente prescrit par la Loi.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Depuis le 1er avril 1998, les habitants doivent être inscrits au régime de soins médicaux afin de bénéficier des services médicaux et hospitaliers assurés. Les personnes admissibles doivent s'y inscrire. Une fois l'inscription faite, il n'y a pas de date limite. On recommande aux nouveaux résidents de s'inscrire immédiatement après leur arrivée dans la province. Chaque personne qui s'inscrit au régime de soins médicaux reçoit une carte santé. Habituellement, il est possible de renouveler une inscription annulée par téléphone auprès du personnel responsable du *Medical Services Plan* (MSP).

Les personnes à charge des prestataires peuvent être assurées, à condition que ces dernières résident dans la province. Les personnes à charge comprennent la conjointe ou le conjoint du titulaire (soit par mariage ou vivant en concubinage), tout enfant ou enfant en tutelle célibataire de moins de 19 ans à la charge du prestataire ou une personne de moins de 25 ans qui étudie à temps plein dans une école ou une université.

Au 31 mars 2002, 4,08 millions de personnes étaient inscrites au régime de soins médicaux. L'inscription au MSP est obligatoire. Seuls les adultes qui demandent à ne pas participer au programme de santé provincial sont exemptés. Au 31 mars 2002, 218 personnes avaient choisi de ne pas y participer.

3.3 Autres catégories de personnes

Habituellement, les demandeurs du statut de réfugié ne sont pas admissibles. Les personnes qui ont reçu le statut de réfugié et qui ont, ainsi, le droit de résider au Canada de façon permanente peuvent s'inscrire au régime de soins médicaux. Dans des circonstances particulières, une attention spéciale est accordée à ces personnes en ce qui a trait à la date de mise en application du régime. Les titulaires de permis ministériels peuvent accéder aux services s'ils sont considérés comme résidents en vertu des *Medical and Health Care Services Regulation*. Dans ce cas, une période d'attente s'applique.

3.4 Primes

Il est obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, et le versement de primes est habituellement l'une des conditions d'admissibilité. Cependant, le fait de ne pas verser de primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux conditions d'admissibilité de base. Au cours de l'exercice 2001-2002, les primes mensuelles du régime sont de 36 dollars pour une personne seule, de 64 dollars pour une famille de deux personnes et de 72 dollars pour une famille de trois personnes ou plus. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction. Il existe cinq niveaux d'aide, allant de 20 à 100 pour cent de la prime fixée. Seules les personnes qui ont habité au Canada pendant au moins douze mois consécutifs et qui sont citoyennes canadiennes ou qui ont le statut de résident permanent (immigrant reçu) peuvent recevoir de l'aide pour pouvoir assumer leur prime.

Il n'y a pas de primes supplémentaires pour les services hospitaliers assurés, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés dispensés aux patients de plus de 19 ans. Le montant de ces frais, qui couvrent l'hébergement et les repas, est établi une fois par année. Au 31 mars 2001, le taux maximum non subventionné était de 50 $ par jour. Les résidents qui possèdent des moyens limités sont admissibles à une aide, selon une échelle progressive; cette aide s'établit à 85 pour cent de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti. Dans certaines circonstances, il existe une disposition permettant de se soustraire au paiement d'une partie des frais de 27 $ (à compter du 31 mars 2002). Les taux inférieurs à 50 $ par jour sont révisés tous les trimestres, et les patients sont avisés de tout changement apporté un mois avant qu'il devienne effectif.

4.0 Transférabilité

Les personnes qui déménagent dans une autre province canadienne sont couvertes jusqu'à la fin du deuxième mois suivant leur départ. Leur protection peut être prolongée, (pas plus de trois mois), pendant une période raisonnable de déplacement.

Les personnes qui quittent définitivement le Canada sont couvertes jusqu'à la fin du mois de leur départ.

4.1 Délai minimal de résidence

Pour être admissible à la couverture d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, le délai minimal de résidence est une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois durant lequel la personne devient une résidente de la province.

Après la période d'attente, les personnes qui ont reçu le statut de résidents permanents sont admissibles. De même, sont admissibles les personnes de l'extérieur du Canada qui résident dans la province grâce à des permis de travail ou à des visas d'étudiants, à condition que les permis ou visas soient valides pour au moins six mois et qu'ils aient été délivrés au moment de l'entrée au Canada.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les articles 3, 4 et 5 des *Medical and Health Care Services Regulations* définissent les dispositions en matière de transférabilité des services médicaux assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique, mais qui demeurent au Canada. En 2001-2002, aucune modification ayant trait aux dispositions concernant la transférabilité n'a été apportée au *Medical and Health Care Services Regulation* pris en application de la *Medicare Protection Act*.

L'article 17 de la *Hospital Insurance Act* permet au ministre de la Santé de conclure un accord avec n'importe quelle autre province de façon à atteindre un haut niveau de liens et de coopération au sein des provinces au sujet de l'assurance-hospitalisation et de prendre des dispositions pour qu'une personne admissible puisse élire domicile dans une province ou l'autre sans cesser d'avoir droit aux services.

Les personnes qui quittent la province temporairement pour prendre des vacances prolongées ou pour occuper un emploi temporaire peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois. Une seule approbation est accordée pour chaque période de cinq ans dans le cas d'absences de plus de six mois durant une année civile. Les résidents qui sont absents de la Colombie-Britannique pendant une partie de l'année, chaque année, doivent demeurer au Canada pendant au moins six mois de chaque année civile et maintenir leurs domiciles en Colombie-Britannique. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école reconnue dans une autre province sont couverts pendant la durée de leurs études.

En vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services dispensés aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique lorsque ceux-ci présentent leur carte valide du régime de soins médicaux, la carte santé. La Colombie-Britannique rembourse les frais à la province ou au territoire au taux fixé en vertu du barème d'honoraires de la province ou du territoire dans lequel les services ont été rendus. Les frais pour les soins dispensés à des patients hospitalisés sont remboursés au taux standard d'une chambre régulière facturé réellement par les hôpitaux. Pour les services externes, le paiement correspond au taux de facturation réciproque entre les provinces et les territoires. Le paiement de ces services, sauf pour les services exclus facturés au patient, se fait par l'entremise des mécanismes de facturation réciproque entre toutes les provinces.

La section sur l'administration publique du guide *Acute Care Policy* expose les détails particuliers de l'entente actuelle de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale pour les services hospitaliers assurés. À l'exception du Québec, qui n'a pas signé l'entente, chaque régime d'assurance-hospitalisation provincial traitera les comptes des malades hospitalisés et des malades externes au nom des résidents de l'autre province ou territoire. L'entente couvre les services fournis à l'intérieur des frontières des provinces ou des territoires et prévoit l'établissement périodique des comptes entre ces derniers.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les règlements d'application de la *Hospital Insurance Act*, la section 4 et les articles 3, 4 et 5 des *Medical and Health Care Services Regulations* définissent la transférabilité des services hospitaliers et médicaux assurés à l'extérieur du Canada. En 2001-2002, aucune modification ayant trait aux dispositions concernant la transférabilité n'a été apportée au *Medical and Health Care Services Regulation*.

Une personne admissible qui quitte la Colombie-Britannique pour étudier à temps plein dans une université, un collège ou un autre établissement d'enseignement reconnu par la *Medical Services Commission* reste admissible aux services pendant la durée de son absence jusqu'au dernier jour du mois qu'elle étudiait à temps plein dans cet établissement ou, encore, si elle étudiait à l'extérieur du Canada, jusqu'au dernier jour du 60e mois depuis la date de son départ de la Colombie-Britannique.

Une personne admissible qui quitte la Colombie-Britannique pour prendre des vacances ou pour aller travailler pendant plus de six mois est considérée comme résidente pour les besoins de détermination de son statut de

prestataire durant les premiers douze mois consécutifs de son absence, si elle obtient une autorisation préalable de la Commission, n'élit pas domicile à l'extérieur de la Colombie-Britannique et n'a pas reçu d'autorisation pour une absence similaire au cours des 60 mois précédents.

Moyennant une autorisation préalable, les services hospitaliers qui ne peuvent pas être obtenus au Canada sont couverts aux taux courants et habituels des hôpitaux. Dans d'autres circonstances, sous réserve d'une autorisation préalable, les soins dispensés à un patient hospitalisé sont couverts au taux établi pour les lits en salle commune. Les services de jour d'hémodialyse rénale peuvent être couverts au taux canadien prévu par les provinces et les territoires dans les ententes de facturation réciproque. Dans tous les autres cas, y compris les urgences et les maladies subites survenues pendant une absence temporaire de la province, les soins aux patients hospitalisés sont payés jusqu'à concurrence de 75 dollars canadiens par jour pour les adultes et les enfants et de 41 dollars canadiens pour les nouveau-nés.

En cas d'urgence ou de maladie subite, les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts pour les personnes admissibles temporairement absentes de la province. Les services médicaux sont payés jusqu'à concurrence du taux qui aurait été appliqué si le service avait été fourni en Colombie-Britannique, exception faite des cas autorisés d'avance en raison de circonstances particulières. Ils sont alors payés au taux en vigueur à l'endroit où le service est offert. Moyennant une autorisation préalable, le paiement des services médicaux non urgents dispensés à l'étranger peut se faire aux taux courants et habituels lorsque le service approprié n'est pas offert dans la province ou ailleurs au Canada.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour être admissible aux services facultatifs couverts en vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciales. Par contre, une autorisation préalable de la Commission est nécessaire pour les services qui ne sont pas assurés dans le cadre de ces ententes. Certains traitements (p. ex., pour les cas d'anorexie) exigent l'autorisation de *Performance Management and Improvement Division*. Tous les services non urgents fournis à l'étranger doivent être approuvés par la Commission avant la prestation du service.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le gouvernement de la Colombie-Britannique estime offrir un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins de santé. Les prestataires, tels que définis dans la *Medicare Protection Act* et le guide *Acute Care Policy* du *Ministry of Health Services*, sont admissibles à tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu des malades, la partie 4 de la *Medicare Protection Act* interdit la surfacturation par les médecins inscrits.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En 2001-2002, 9 318 lits de soins actifs approuvés étaient répartis parmi les 94 établissements de soins actifs et 475 lits de réadaptation dans des établissements de soins actifs ou de réadaptation disponibles. Par ailleurs, la province disposait de 25 centres de diagnostic et de traitement et de six postes de la Croix-Rouge.

La province donne également accès à des services de soins prolongés. En 2001-2002, on comptait 18 établissements autonomes de soins prolongés. Ces unités de soins et les lits des hôpitaux de soins actifs et de réadaptation connexes représentaient un total de 7 334 lits de soins prolongés.

En décembre 2001, on comptait 29 539 infirmières autorisées. Les hôpitaux de la Colombie-Britannique emploient également des infirmières psychiatriques autorisées et des

infirmières auxiliaires autorisées. En 2001, on dénombrait 2 181 infirmières psychiatriques autorisées et 4 469 infirmières auxiliaires autorisées. En 2001, le gouvernement a octroyé 21 millions de dollars à la nouvelle stratégie sur les soins infirmiers et a embauché la première infirmière en chef de la Colombie Britannique. La stratégie s'attaque à la pénurie de personnel infirmier dans la province et à l'amélioration des conditions de travail des infirmières et des infirmiers en Colombie Britannique. La stratégie comprend un plus grand nombre de places en éducation; des mesures d'encouragement des infirmières et des infirmiers de la Colombie Britannique qui ne travaillent plus dans le domaine à revenir à leur profession dans le système de santé; le recrutement de plus d'infirmières et d'infirmiers éduqués à l'étranger; de nouvelles possibilités de perfectionnement professionnel pour le personnel infirmier et le financement de l'achat de nouveau matériel qui aidera le personnel infirmier à éviter les blessures en milieu de travail.

Le gouvernement travaille en collaboration avec le gouvernement fédéral dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé afin de favoriser les options de télésanté dans la province. Le plus important des quatre projets en cours, le programme de télésanté de la Colombie Britannique, offre des services de vidéoconférence dans les secteurs de l'urgence et de la traumatologie, de l'éducation permanente en médecine, des soins à la mère et à l'enfant et des soins palliatifs pédiatriques. Le volet urgence et traumatologie de ce programme a été lancé dans deux communautés en février 2002. Au cours des premiers mois, 17 personnes gravement malades ou blessées ont pu être soignées dans leurs communautés grâce à la télésanté.

Le *Ministry of Health Planning* a élaboré des normes concernant l'accès aux soins actifs qui sont utilisées par les responsables en santé en vue de la restructuration des services hospitaliers. Les normes précisent le temps maximal de transport pour avoir accès à des services d'urgence, des services internes et les principaux services spécialisés. Elles font en sorte également que la majorité des résidents de la Colombie-Britannique, dans toutes les régions, ont un accès raisonnable à ces services.

En 2001–2002, le *Ministry of Health Services* a entrepris un examen du processus budgétaire ayant trait aux immobilisations et de tous les projets en cours ayant trait aux immobilisations pour évaluer la capacité financière. Les résultats de cet examen ont donné lieu à un nouveau processus budgétaire pour les immobilisations par lequel le ministère fournirait des fonds pour les projets suivants :

- les projets engagés légalement;
- les projets de priorité, tels que
  - la mise en oeuvre d'un plan en santé mentale,
  - les biens d'équipement, notamment 63 millions de dollars pour du matériel de diagnostic, du matériel clinique pour les salles d'opération et les laboratoires et de nouveaux lits et appareils de levage pour prévenir les blessures chez les travailleurs de la santé,
  - le *Fraser Valley Health Centre* et le *Eastern Fraser Valley Cancer Centre*,
  - l'*Omenica Lodge*;
  - les projets de rationalisation des services découlant de la restructuration des instances responsables des services de santé.

Pour tous les autres projets concernant les immobilisations, les instances responsables des services de santé devront fournir les fonds pour tous les coûts de financement et d'exploitation à même leurs budgets de fonctionnement existants.

Le nouveau processus concernant le budget d'immobilisation établit le cadre de travail pour l'exercice 2002–2003 et au delà. Avec la restructuration des instances responsables des services de santé et l'introduction de plans de service et d'accords de rendement, les instances auront la capacité et la volonté d'assurer l'utilisation et l'entretien appropriés des hôpitaux et de l'équipement pour répondre aux besoins des patients et des fournisseurs.

En 2001-2002, le financement d'un certain nombre de projets relatifs à la construction d'immobilisations ont permis la création et

l'amélioration d'établissements de soins de santé en Colombie-Britannique. Parmi les projets d'envergure entrepris, notons les suivants :

- La fin des travaux de construction de 22,3 millions de dollars du nouvel établissement de soins ambulatoires et de l'agrandissement du service d'urgence du *B.C Children's Hospital* en mars 2002. La nouvelle unité devrait permettre de répondre à la demande accrue des services cliniques et de chirurgie d'un jour. L'immeuble de cinq étages permettra d'offrir plus de services aux patients et aux familles tels que des salles d'allaitement, des salles de recueillement, des vestiaires et de plus grandes salles d'attente avec des aires de jeux;
- L'ajout d'une unité de 10 lits de soins multiniveaux, au coût de 1,6 million de dollars au *Royal Victoria Hospital* de Kaslo a été terminé en juillet 2001;
- Le *SUCCESS Care Home* de 14,7 millions de dollars a ouvert ses portes en octobre 2001. Le nouvel établissement a 103 lits de soins multiniveaux;
- Le nouveau *South Silmilkameen Health Centre* de 6,6 millions de dollars, établissement de 25 lits de soins multiniveaux, a ouvert ses portes à Keremeos en 2001;
- Le *Kitimat Hospital and Health Care Centre* a été terminé en mars 2002 au coût de 38,3 millions de dollars. Le nouvel établissement comprend 22 lits de soins actifs, des services de maternité, de chirurgie d'un jour, de soins ambulatoires, d'imagerie de diagnostic, de laboratoire, de pharmacie, de réadaptation et de santé communautaire ainsi qu'un centre de jour pour adultes et un soutien administratif. Le nouvel immeuble de soins multiniveaux et le centre de jour pour adultes compteront 36 lits, dont 9 seront consacrés à des soins particuliers et au centre de jour pour adultes et seront liés à l'immeuble de soins actifs;
- Le nouveau *Cormorant Island Health Centre* d'Alert Bay de 6,2 millions de dollars est entré en fonction en mars 2002. Le nouvel hôpital remplace le *St. George's Hospital* et offrira des soins actifs et multiniveaux, des services de diagnostic et des traitements, des programmes de santé communautaire et des services de soutien;
- Le *Yuculta Lodge* de Campbell River a ouvert ses portes en octobre 2001. L'établissement de soins multiniveaux de 10,9 millions de dollars compte 100 nouveaux lits;
- Le *West Coast General Hospital* de 37,9 millions de dollars et l'établissement de soins multiniveaux de 4,3 millions de dollars ont été terminés en août 2001. Le nouvel établissement de soins actifs remplace l'hôpital construit au début des années 1950. L'établissement de soins multiniveaux compte 32 lits;
- L'hospice de 16 lits du *St. Michael's Hospital* de Burnaby, construit au coût de 1,5 million de dollars a été terminé en mars 2002;
- L'amélioration l'infrastructure du *Fort St. John Hospital* a été terminée en janvier 2002 au coût de 6,3 millions de dollars;
- La construction du *Detox-Assessment and Treatment Centre for Women and Children in Prince-George* s'est terminée en septembre 2001. Le nouveau centre de 4,5 millions de dollars comprend trois sections distinctes: femmes, jeunes et femmes avec enfants;
- Le *Connolly Lodge*, un établissement de santé mentale pour bénéficiaires internes de 20 lits sur le site *Riverview*, a ouvert ses portes en mars 2002. L'établissement de 1,6 million de dollars offrira des soins supervisés 24 heures par jour aux clients qui peuvent profiter de plus d'autonomie et ne requièrent pas d'hospitalisation;
- La construction de l'*Irish House*, le nouvel établissement spécialisé en santé mentale sur les lieux du *Prince George Regional Hospital* a été terminée en mars 2002. L'établissement de 1,3 million de dollars compte 10 lits de style résidence et permettra d'héberger et de soigner des personnes atteintes d'une maladie mentale grave ou persistante en favorisant l'évaluation, le traitement et la réadaptation;
- La construction du nouvel hôpital isolé de 1,5 million de dollars de la Croix-Rouge canadienne à Bamfield a été terminée en novembre 2001;
- Le projet de développement de diagnostic et de traitement de 116 millions de dollars du *Royal Jubilee Hospital* de Victoria a pris fin en mars 2002. Le centre de diagnostic et de

traitement comprend des unités d'imagerie de diagnostic, de laboratoire, de pharmacie, de cardiologie, d'urgence, de soins intensifs et de soins coronariens.

En outre, la Colombie-Britannique a lancé un programme intégré d'initiative personnelle en matière de soins qui comprend un service de triage par téléphone, de l'information et des conseils sur la santé, 24 heures par jour, 365 jours par année, assuré par des infirmières autorisées ayant reçu une formation particulière. L'accès à la *BC NurseLine*, lancée en avril 2001, comprend des lignes locales et provinciales sans frais et des services d'ATS pour les personnes sourdes et malentendantes. De plus, des services de traduction simultanée sont disponibles dans 130 langues. La *NurseLine* a reçu quelque 103 000 appels en 2001-2002. Les deux composantes du programme sont le guide *BC HealthGuide*, qui a été livré dans tous les foyers de la Colombie Britannique en mars 2001, et le site *BC HealthGuide OnLine*, qui présente de l'information sur plus de 2 500 sujets à toutes les personnes possédant un numéro de carte santé personnel de la Colombie-Britannique.

(www.bchealthguide.org).

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2001-2002, 4 430 omnipraticiens, 3 380 spécialistes et 275 dentistes ont offert des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés (rémunérés à l'acte).

Le *Ministry of Health Services* a lancé le programme d'embauche et de maintien en poste afin de se pencher sur les problèmes liés à la charge de travail et à la pratique des médecins travaillant dans les régions rurales et éloignées de la Colombie-Britannique. Les modifications apportées à ce programme comprenaient l'élaboration d'un nouveau programme de paiement destiné aux médecins des régions rurales. Par l'entremise du programme d'aide aux déplacements dans le Nord et les régions isolées, des fonds ont été octroyés pour couvrir les coûts de 1 452 visites (d'après les estimations) de médecins de famille et de spécialistes dans 55 collectivités rurales. Le programme de suppléance dans le Nord et les régions rurales a été élargi et a aidé les médecins pratiquant dans environ 70 petites collectivités à recevoir des bourses pour poursuivre leur formation médicale continue et à prendre des vacances. Le plan d'action sur l'éducation en milieu rural a favorisé la formation de médecins en pratiques rurales par l'entremise de plusieurs volets, notamment l'expérience de la pratique rurale pour les étudiants en médecine et l'amélioration des capacités des médecins ayant le droit de pratique.

5.4 Rémunération des médecins

La province de la Colombie-Britannique négocie avec la *British Columbia Medical Association* afin d'établir les modalités, les prestations et les compensations générales à la fois pour les médecins rémunérés à l'acte et pour les médecins rémunérés d'autres façons, notamment les médecins salariés.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique et la *British Colombia Medical Association* ont signé un protocole d'entente le 26 mars 2002 concernant l'augmentation rétroactive des honoraires pour l'exercice 2001-2002, ainsi qu'un processus pour résoudre les questions en suspens. Les ententes de fait et auxiliaire signées en novembre 2002 prévoient des paiements rétroactifs équivalents à 6,2 pour cent pour la période du 1er avril au 31 octobre 2001 et de 11,6 pour cent pour la période du 1er novembre 2001 au 31 mars 2002. L'entente couvre également le paiement rétroactif de 80 millions de dollars pour des services sur appel fournis au cours de l'exercice 2001-2002.

Au cours de l'exercice 2001-2002, le *Medical Services Plan* (MSP) a versé en tout environ 1,79 milliard de dollars aux médecins exerçant dans la province. Pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province, y compris ceux dispensés au Canada et à l'extérieur du pays, le régime a versé environ 19,3 millions de dollars, dont environ 14,9 millions en vertu d'ententes de facturation réciproque avec d'autres provinces ou territoires.

L'article 13 de la *Medicare Protection Act* prévoit que les praticiens (notamment les médecins et les professionnels de la santé, tels que les dentistes) qui sont inscrits en vertu de la *Loi* et qui offrent des services à un prestataire sont admissibles au paiement pour services rendus

conformément au barème d'honoraires approprié. L'article 13.1 de la *Loi* qui exige le retrait obligatoire des médecins du régime de soins médicaux à l'âge de 75 ans a été abrogé en 2002 en vertu de la *Health Services Statutes Amendment Act* de 2002. Cet amendement est entré en vigueur le 4 juillet 2002.

Les services médicaux dispensés dans la province sont payés aux médecins par l'entremise du MSP, d'après la facturation présentée par ceux-ci. Le patient n'intervient habituellement pas dans le processus de paiement. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des demandes d'indemnités se font électroniquement par l'entremise du système Teleplan. Le reste est présenté à partir de cartes de demandes d'indemnités par des médecins dont le nombre de patients est moindre et par d'autres professionnels de la santé.

La *Medical Services Commission* finance également des programmes complets de services de soins de santé par l'entremise d'ententes contractuelles avec des médecins. La *Clinical Services Contracts* (CSC) *Branch* du *Ministry of Health Services* administre le financement destiné à des programmes particuliers en l'octroyant aux six instances responsables des services de santé en Colombie-Britannique, qui, à leur tour, établissent des ententes avec des médecins pour leurs services ou leur temps par le truchement de contrats de services ou de la rémunération à la vacation.
Environ 2 200 médecins ont souscrit à ces mécanismes de financement de type CSC.

5.5 Paiements aux hôpitaux

L'article 9 de la *Hospital Insurance Act* requiert que le ministère verse annuellement une somme d'argent à tous les hôpitaux afin de les rembourser pour les coûts associés aux services hospitaliers assurés qu'ils ont offerts. À compter du 12 décembre 2001, dans le cadre de son initiative de restructuration des soins de santé visant à rentabiliser et à responsabiliser davantage les instances responsables des services de santé, le gouvernement a restructuré les instances régionales responsables des services de santé en regroupant les 52 instances en 5 instances régionales. Les modifications proposées à la *Loi* ayant trait à l'administration qui devraient être adoptées au printemps 2003, témoigneront du fait que le financement du gouvernement pour les services hospitaliers assurés est maintenant transmis aux hôpitaux par l'entremise du financement des instances responsables des services de santé.

Il n'y a eu aucun amendement aux *Hospital Insurance Act Regulations* en 2001-2002.

En 2001-2002, le financement total accordé aux instances responsables des services de santé était de 5,4 milliards de dollars, y compris les fonds pour les hôpitaux, les soins prolongés, la santé publique et la prévention des maladies et les programmes de santé mentale pour adultes. Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province au Canada (avec ou sans hospitalisation) totalisaient 51,5, et 9,4 millions de dollars à l'étranger pour les services assurés fournis aux habitants de la Colombie-Britannique en 2001-2002.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Colombie-Britannique a reconnu le financement octroyé par le gouvernement fédéral par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et a produit des rapports à ce propos dans divers sites Web gouvernementaux et documents du gouvernement provincial. Pour l'exercice 2001-2002, ces documents inclus les suivants :

- Comptes publics pour 2000–2001 (déposés le 31 juillet 2001);
- Comptes publics pour 2001-2002 (déposés le 11 juillet 2002);
- Budget et plan financier de 2002–2003 à 2004–2005 (déposés le 19 février 2002);
- Budget des dépenses, exercice se terminant le 31 mars 2003 (déposé le 19 février 2002).

7.0 Services complémentaires de santé

La *Performance and Management Improvement Division* du *Ministry of Health Services* finance et offre une vaste gamme de services de soins de soutien communautaires afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme entravant leur autonomie ou qui ont besoin de soins actifs pouvant être donnés à domicile. Ces services comprennent : la gestion de cas; les services de soutien à domicile (soutien à domicile, soins infirmiers communautaires à domicile, physiothérapie, ergothérapie, conseils en nutrition, services de travailleurs sociaux, repas); les services de soins en établissement (foyers de soins familiaux, foyers de groupe, foyers personnels et foyers de soins intermédiaires et multiniveaux, hôpitaux privés et unités de soins prolongés); les soins palliatifs communautaires; les établissements de soins et les services de soutien spécial (centres de jour pour adultes, services de relève et centres d'évaluation et de traitement). Fournis à l'échelle communautaire, les services sont dispensés par l'intermédiaire des instances responsables des services de santé.

Les services de soins en établissement assurent aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins et une surveillance dans un milieu protégé et favorable.

Les services de soins infirmiers communautaires à domicile fournissent des soins infirmiers professionnels aux personnes de tout âge dans leur propre foyer. Ces services sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, la formation, la consultation, la coordination des soins et les soins infirmiers directs pour les clients ayant des besoins en matière de services prolongés, actifs ou palliatifs ou encore, de services de réadaptation.

Les services de soutien à domicile offrent une aide avec les activités quotidiennes et les soins personnels. Les centres de jour pour adultes offrent un programme intra-muros d'activités sociales, récréatives et liées à la santé.

Un *Palliative Care Benefits Program* a été mis en œuvre en 2001 afin de fournir aux clients des soins palliatifs à domicile comprenant des médicaments servant à contrôler la douleur et à soulager les symptômes, ainsi que des fournitures médicales et de l'équipement, sans frais.

Yukon

Introduction

Les régimes d'assurance-santé du gouvernement du Yukon sont le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Le Régime d'assurance-santé du Yukon est administré par un directeur, lequel est nommé par le membre du conseil exécutif (ministre). Le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon est géré par un administrateur, lequel est nommé par le commissaire en conseil exécutif (commissaire du Territoire du Yukon). Le directeur du RASY et l'administrateur du RAHY portent ci-après le titre de « directeur des services de santé assurés et de l'ouïe ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le Régime d'assurance-santé du Yukon ou le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon. Il n'existe aucune instance régionale responsable de la santé.

L'objectif du système de soins de santé du Yukon est d'assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers assurés, et la transférabilité de ces derniers conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. La couverture des régimes s'étend à tous les résidents admissibles du Territoire du Yukon, selon des modalités uniformes. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés. L'administration de la prestation de ces services est centralisée au ministère de la Santé et des Affaires sociales. Au 31 mars 2002, le nombre de personnes admissibles inscrites au régime de soins de santé du Yukon s'élevait à 31 036.

D'autres services assurés sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. Ils comprennent le programme d'assurance-déplacements, le programme de prestations versées aux malades chroniques et aux personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaire, et le programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants. Le gouvernement du Yukon offre aussi une gamme de programmes de services non assurés, notamment les services de soins continus, de soins infirmiers communautaires, de santé communautaire et de santé mentale.

Les initiatives récemment mises de l'avant dans le territoire portent sur différentes questions comme l'accès des régions rurales et éloignées aux services, le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier et médical, les soins de santé primaires, l'élaboration de systèmes et de modes alternatifs de paiement et de prestation de services. Un projet visant la mise en place de la télésanté dans les régions rurales a été approuvé en liaison avec le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé. Une autre proposition est en cours d'élaboration en liaison avec le projet de Santé Canada portant sur les soins de santé primaires.

Par rapport aux prévisions faites pour l'exercice 2001-2002, les dépenses de santé prévues au budget de 2001-2002 ont augmenté ou diminué comme suit :

- Services de santé assurés – augmentation de 1 452 000 $ ou de 2,2 pour cent.
- Services hospitaliers du Yukon – augmentation de 909 000 $ ou de 4,5 pour cent.
- Soins continus – augmentation de 490 000 $ ou de 4,1 pour cent.
- Soins infirmiers communautaires – augmentation de 220 000 $ ou de 2,5 pour cent.
- Santé communautaire – diminution de 34 000 $ ou de 0,5 pour cent.
- Services de santé mentale – augmentation de 53 000 $ ou de 3 pour cent.

Parmi les principaux défis liés à l'avancement de la prestation des services de santé assurés dans le territoire, il faut souligner :

- l'incapacité de mieux relier et coordonner les services actuels et les fournisseurs de services;
- le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés;

- l'augmentation des coûts connexes à la prestation des services, notamment ceux des produits pharmaceutiques, des établissements et de la main-d'oeuvre;
- l'augmentation des coûts pour maintenir et gérer les services de santé assurés et les programmes d'assurance-santé complémentaire;
- l'acquisition et l'entretien de nouveaux appareils de diagnostic et de traitement de pointe.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

La *Loi sur l'assurance-santé*, adoptée le 1er avril 1972, établit le cadre législatif pour le paiement de services médicaux assurés aux résidents admissibles du Yukon. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, adoptée le 9 avril 1960, établit le cadre législatif pour le paiement de ces montants aux hôpitaux, en fonction du coût des services assurés qu'ils fournissent aux assurés.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et de son *Règlement*, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de l'ouïe sont :

- d'élaborer et d'administrer le régime;
- de déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- d'inscrire des personnes au régime;
- d'effectuer les paiements en vertu du régime, et de décider de l'admissibilité à ces paiements et en fixer les montants;
- de fixer les montants payables pour les services de santé assurés à l'extérieur du Yukon;
- de créer des comités consultatifs et de nommer des particuliers chargés d'aider au fonctionnement du régime;
- d'intenter des poursuites et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé aux droits des assurés au titre de la présente Loi;
- d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de déterminer les renseignements qui doivent être fournis en application de la présente Loi et sous quelles formes ils doivent être fournis;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, rapports et comptes pour en tirer des renseignements;
- de s'acquitter des autres fonctions dont le charge le membre du Conseil exécutif en application de la présente Loi.

Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2001-2002.

Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de son *Règlement*, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de l'ouïe sont :

- de mettre en oeuvre et d'administrer le régime;
- de fixer l'admissibilité et le droit aux services assurés;
- de fixer les montants qui peuvent être versés pour acquitter le coût des services assurés offerts à des bénéficiaires;
- de conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, relativement à la fourniture de services assurés à des bénéficiaires;
- d'agréer des hôpitaux pour l'application de la présente Loi;
- d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, rapports et comptes des hôpitaux pour en tirer des renseignements;
- de prévoir les formules et les livres nécessaires à la mise en oeuvre de la présente Loi;
- d'accomplir toute autre fonction que les règlements peuvent lui attribuer.

Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2001-2002.

1.2 Liens hiérarchiques

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe présente un rapport annuel au membre du Conseil exécutif relativement à l'administration des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et des dépenses est déposé devant l'assemblée législative et doit faire l'objet de discussions.

L'état des recettes et des dépenses pour les programmes d'assurance-santé de la Direction des services de santé est déposé tous les ans durant la séance d'automne de l'assemblée législative. Le rapport devant être déposé en décembre 2002 couvre les exercices 1997-1998, et 2001-2002.

1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation sont vérifiés par le bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Le vérificateur général doit mener une vérification annuelle des transactions et des états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. De plus, le vérificateur général du Canada doit signaler à l'assemblée législative du Yukon tout point, du ressort de la vérification, qui doit être communiqué à l'assemblée.

La vérification la plus récente concernait l'exercice se terminant le 31 mars 2002.

En ce qui a trait à la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 11(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que chaque hôpital remette « un rapport de ses activités pour l'exercice précédent; ce rapport comporte notamment les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur ». Ce rapport doit être présenté au ministère de la Santé et des Affaires sociales dans les six premiers mois de chaque exercice.

1.4 Mandataire désigné

Le Régime d'assurance-santé du Yukon n'a aucune autre agence désignée autorisée à recevoir des montants payables ou à verser des paiements au titre de la *Loi sur l'assurance-santé* ou de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Adoptés le 9 avril 1960, les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et les articles 2, 4, 5, 9 et 11 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* établissent le pouvoir d'offrir des services hospitaliers assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2001-2002.

En 2001-2002, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont dispensé des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital pavillonnaire[1] et 12 centres de santé[2]. Des services de soins infirmiers sont offerts périodiquement dans un poste sanitaire satellite[3].

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* établit que la législature et le gouvernement ont la responsabilité de veiller à ce que « soient respectées les méthodes appropriées d'exploitation et les normes indiquées applicables aux installations et aux soins ». Adopté le 11 novembre 1994, le *Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux* définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du

1 Établissement qui dispense des soins d'urgence, des services d'hospitalisation de courte durée et des services de relève 24 heures sur 24.

2 Des infirmières communautaires voient, en l'absence d'un médecin, à la prestation de services cliniques de jour (soins médicaux), à l'exécution de programmes de santé communautaire et à la prestation de services d'urgence 24 heures sur 24.

3 Des infirmières communautaires offrent des services itinérants selon un horaire régulier.

territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité. À l'heure actuelle, la Régie des hôpitaux du Yukon fonctionne en vertu d'un agrément de trois ans accordé par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Depuis avril 1997, le gouvernement du Yukon assume la responsabilité, au lieu du gouvernement fédéral, des centres de santé. Ces établissements, dont le Watson Lake Cottage Hospital, se conforment au cadre de pratique pour le personnel infirmier en santé communautaire travaillant dans les postes de soins infirmiers et les centres de soins de santé de la Direction générale des services médicaux ainsi qu'au cadre de pratique pour le personnel infirmier. Le cadre de pratique pour le personnel infirmier de soins généraux a été terminé et mis en oeuvre en février 2002.

En vertu des alinéas e) et f) de l'article 2 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*, les services rendus dans un hôpital agréé sont assurés. La définition des « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure à l'alinéa e) de l'article 2 inclut tous les services suivants fournis aux malades hospitalisés, à savoir :

- l'hébergement et les repas correspondant à ceux en salle commune ou au service normale;
- les services infirmiers essentiels;
- les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du *Règlement*, lorsqu'ils sont fournis par l'hôpital;
- l'usage de la salle d'opération, de la salle d'examen et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- les fournitures chirurgicales habituelles;
- l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu;
- l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu;
- les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital.

La définition des « services assurés aux malades externes » qui figure à l'alinéa f) de l'article 2 du même *Règlement* inclut les services fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir :

- les services infirmiers essentiels;
- les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du *Règlement*, lorsqu'ils sont fournis par l'hôpital;
- l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- les fournitures chirurgicales habituelles;
- les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital;
- l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu;
- l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu.

Conformément au *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*, tous les services offerts aux patients hospitalisés et aux malades externes dans un hôpital approuvé par des employés de cet établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures, les services diagnostiques et chirurgicaux habituels sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières ou les réductions de services ou de programmes doivent obtenir l'approbation du ministre de la Santé et des Affaires sociales.

Cette procédure est gérée par le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public. Aucun service n'a été ajouté ou interrompu en 2001-2002.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé*, adoptée le 1er avril 1972, et les articles 2, 3, 4, 7,10 et 13 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2001-2002.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Un médecin qui désire participer au Régime d'assurance-santé du Yukon doit satisfaire aux exigences suivantes :

- déposer une demande de permis, conformément à la *Loi sur la profession médicale*;
- maintenir son permis, conformément à la *Loi sur la profession médicale*.

Au 31 mars 2002, il y avait 54 médecins résidents participant au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Aux termes du paragraphe 7(5) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* « s'il le désire, le médecin peut percevoir les honoraires approuvés pour les services rendus de l'assuré, sans passer directement par le Régime sans que l'assuré en soit pénalisé en faisant part de son choix par écrit au Directeur ». En 2001-2002, aucun médecin n'a fourni d'avis écrit à l'effet qu'il choisissait de toucher ses honoraires autrement que par l'entremise du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont définis comme des services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Une liste des services non assurés par le régime figure à l'article 3 du *Règlement* (voir la section 2.4). Les services non couverts par le régime comprennent les suivants : consultations téléphoniques, services médicaux-légaux, préparation de dossiers et de rapports, services rendus à la demande d'un tiers, services fournis à des fins esthétiques et services désignés comme non médicalement nécessaires.

Du 1er avril 2001 au 31 mars 2002, les services suivants ont été ajoutés à la liste des services médicaux couverts par le Régime d'assurance-santé du Yukon :

- Résection du diverticule de Zenker (code de rémunération 7555)
- Rhumatologie – Consultation (code de rémunération T3310)
- Rhumatologie – Consultation supplémentaire ou limitée (code de rémunération T3312)
- Rhumatologie – Visite prolongée aux fins de counseling (code de rémunération T3314)

La procédure suivie au Yukon pour ajouter un service médical à la liste des services assurés couverts par le Régime d'assurance-santé du Yukon exige que les médecins déposent une demande par écrit pour faire ajouter un code de rémunération au *Relative Value Guide to Fees*[4] (Guide de la valeur relative des honoraires). La demande est ensuite examinée par le comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon. À la suite de cet examen, une décision est rendue concernant l'inclusion ou l'exclusion du service. Les coûts ou les honoraires sont normalement établis en fonction des coûts ou honoraires similaires payés dans d'autres administrations. Une fois que la valeur de la rémunération pour un service particulier a été fixée, tous les médecins du Yukon en sont informés. De nouveaux frais peuvent subsidiairement être appliqués à la suite d'un processus de négociation entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe gère cette procédure, et aucune consultation publique n'est nécessaire.

[4] Guide de la rémunération des médecins.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du Régime d'assurance-santé du Yukon doivent être autorisés à exercer en vertu de la *Loi sur les professions dentaires* et possèdent des numéros à inscrire sur les factures qu'ils présentent au Régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. En 2001-2002, six dentistes, trois chirurgiens stomatologistes et deux orthodontistes faisaient parvenir leurs factures au régime pour des services dentaires assurés fournis à des résidents du Yukon. Aucun dentiste ne s'est retiré du Régime d'assurance-santé du Yukon en 2001-2002.

Les services dentaires assurés sont limités aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du *Règlement* et qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital en raison des ressources uniques qu'ils exigent. C'est le cas, par exemple, de la correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie. Les services dentaires assurés comprennent :

- l'extraction chirurgicale de dents à éruption incomplète;
- l'alvéoloplastie et la gingivoplastie;
- l'approfondissement du sillon et le remodelage de la crête alvéolaire;
- l'exposition des dents pour les besoins de traitements orthodontiques;
- le traitement de blessures accidentelles aux tissus mous de la bouche;
- la résection d'une racine;
- la phrénicectomie;
- l'excision de kystes intra-oraux;
- l'excision de tumeurs bénignes intra-orales;
- la sialolithotomie;
- l'excision de grenouillettes sublinguales;
- la condylectomie;
- la biopsie intra-orale;
- l'incision et le drainage d'un abcès d'origine dentaire;
- la réduction orthopédique de fractures de la mandibule et du maxillaire;
- la réduction chirurgicale de fractures de la mandibule et du maxillaire;
- la réduction orthopédique d'une dislocation temporo-mandibulaire;
- la réduction chirurgicale d'une dislocation temporo-mandibulaire;
- l'extraction d'une racine ou d'un corps étranger du sinus maxillaire;
- la réparation et la fermeture d'une fistule bucco-sinusale;
- la correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie;
- l'alcoolisation d'une branche nerveuse aux fins de diagnostic ou de thérapie;
- l'avulsion d'un nerf (mentonnier, infra-orbital ou dentaire inférieur).

Dans le cas des enfants de 16 ans ou moins, les services de chirurgie dentaire suivants sont aussi assurés :

- chirurgie buccale et orthodontie nécessaire à la réparation d'une fente palatine ou d'une fissure labiale ou y faisant suite, seulement lorsque ce service s'inscrit dans le cadre d'une chirurgie plastique réparatrice ou y fait suite;
- extraction chirurgicale de dents à éruption complétée ou incomplète ou, encore, d'une dent incluse;
- tous les autres soins dentaires désignés comme médicalement nécessaires par le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe.

L'ajout de services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés ou le retrait de ces services exige l'apport d'une modification établie par décret à l'annexe B du *Règlement concernant les services d'assurance-santé*. Les décisions concernant la couverture sont fondées sur la nécessité d'offrir le service dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe gère ce processus.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et rendus conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et son *Règlement* et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et son *Règlement* sont assurés. Aucun autre service n'est couvert. Une liste complète de ces services figure dans les documents supplémentaires.

Les services médicaux non assurés comprennent les suivants :

- les services non médicalement nécessaires;
- les frais d'interurbains;
- la préparation ou la fourniture d'un médicament;
- les consultations téléphoniques à la demande de la personne assurée;
- les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports;
- les services fournis à des fins esthétiques;
- l'acuponcture;
- les interventions expérimentales.

L'article 3 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* renferme une liste partielle des services non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- l'hospitalisation des non-résidents;
- les services d'infirmières spéciales ou privées retenus par le patient ou la famille du patient;
- le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire;
- les béquilles et autres dispositifs semblables;
- les coûts d'une maison de soins infirmiers;
- la télévision;
- le téléphone;
- les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

Les services dentaires non assurés comprennent :

- les actes jugés restaurateurs;
- les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital sous anesthésie générale.

Tous les résidents du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le territoire n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés et de l'ouie de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options en matière de traitement lorsqu'ils reçoivent le service. Le territoire n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés et de l'ouie de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Dans le territoire, les médecins peuvent facturer directement les patients pour des services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent, sans s'y limiter, la préparation de formulaires de demande d'emploi et de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens par des tiers, certains services non urgents, les frais de fournitures médicales ainsi que les prescriptions, les conseils et le counseling donnés au téléphone. Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le Régime d'assurance-santé du Yukon est le suivant :

- **Services médicaux** : Le Comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au *Relative Value Guide to Fees* (guide de la valeur relative des honoraires), notamment les décisions consistant à retirer certains services. En collaboration avec le conseiller médical du Yukon, le comité prend une décision en se fondant sur des preuves médicales indiquant que le service n'est pas médicalement requis, est inefficace ou pose un risque potentiel à la santé des malades. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouie gère ce processus.

En 2001-2002, le service suivant a été supprimé du *Relative Value Guide to Fees* :

Anesthésie – Bloc facettaire des racines nerveuses (code de rémunération 1041)

- **Services hospitaliers** : Il est nécessaire qu'une modification établie par décret soit apportée aux alinéas e) et f) de l'article 2 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*. Au 31 mars 2001, aucun service hospitalier fourni aux malades hospitalisés ou externes, en vertu du *Règlement*, n'a été retiré. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouie gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.
- **Services de chirurgie dentaire** : Il est nécessaire qu'une modification établie par décret soit apportée à l'annexe B du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*. Un service peut être retiré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou qu'il ne doit plus être exécuté sous anesthésie générale dans un hôpital. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouie gère ce processus.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Les exigences régissant l'admissibilité aux services de santé assurés sont énoncées à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-santé*, et à l'article 4 de son *Règlement*, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à l'article 4 de son *Règlement*. Sous réserve des dispositions de ces lois et de leurs règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles à des services de santé assurés en vertu de modalités uniformes. La définition du mot « résident » est celle qui est utilisée dans la *Loi canadienne sur la santé* : « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon ». S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité.

En vertu du paragraphe 4(1) des deux règlements sur les soins de l'assurance-santé, « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Aucune modification touchant l'admissibilité n'a été apportée à la législation en 2001-2002.

Les résidents qui ne sont pas admissibles à une couverture sont ceux qui ont droit à des prestations ou qui y sont admissibles en vertu de toute autre loi du Yukon, d'une loi d'une province, ou d'une loi du Parlement du Canada autre que la *Loi canadienne sur la santé*. Cette définition inclut, sans s'y limiter, les visiteurs du territoire, les personnes admissibles à la couverture offerte par leur province ou territoire d'origine pendant leur séjour, les réfugiés, les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux, les détendeurs de permis d'études et les personnes ayant un permis de travail valable pour une période inférieure à un an.

Les personnes qui fournissent un document indiquant la date de congé ou de libération de la GRC, des forces armées ou d'un pénitencier fédéral deviennent admissibles à la couverture du Régime d'assurance-santé du Yukon le lendemain de la date indiquée sur le document.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Aux termes de l'article 16 de la *Loi sur l'assurance-santé*, « Chaque résident, sauf les personnes à charge ou celles qui sont exemptées par les règlements, est tenu de s'inscrire lui-même et d'inscrire les personnes à sa charge auprès du directeur des services de santé assurés et de l'ouie selon les modalités – de forme et de temps – réglementaires. » L'inscription est gérée conformément à l'Accord inter provincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité.

On conseille aux gens qui s'installent avec les personnes à leur charge âgées de moins de 19 ans dans le territoire de présenter une demande d'inscription au Régime d'assurance-santé du Yukon dès leur arrivée. Pour ce faire, elles doivent remplir une formule d'inscription disponible dans les bureaux des services de santé assurés ou auprès des agents territoriaux de la communauté. Une fois la couverture entrée en vigueur, une carte de santé est émise. Chaque membre de la famille reçoit une carte de santé et un numéro de santé distincts. Les cartes de santé expirent chaque année, à la date d'anniversaire du résident, et une étiquette de mise à jour affichant une nouvelle date d'expiration est envoyée en conséquence.

Si d'autres membres de la famille arrivent au Yukon en devançant l'un des conjoints résidant ailleurs au Canada, la province ou le territoire d'origine assurera la couverture de tous les membres de la famille durant une période maximale de 12 mois.

Au 31 mars 2002, 31 036 résidents étaient inscrits au Régime d'assurance-santé du Yukon.

3.3 Autres catégories de personnes

Le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes comme suit :

Canadiens de retour au pays	aucune période d'attente
Résidents permanents	aucune période d'attente
Permis ministériel	aucune période d'attente s'il y a eu autorisation
Réfugiés au sens de la Convention	aucune période d'attente si le réfugié est titulaire d'un permis de travail*
Travailleurs étrangers	aucune période d'attente si le travailleur est titulaire d'un permis de travail*
Ecclésiastiques	aucune période d'attente si la personne est titulaire d'un permis de travail

* Le permis de travail doit être valable pour une période de plus de 12 mois.

Au cours de l'année 2001-2002, le nombre estimatif de nouveaux assurés au Yukon qui répondent aux critères ci-dessous était le suivant :

Canadiens de retour au pays	23
Résidents permanents	35
Permis ministériel	0
Réfugiés au sens de la Convention	0

Au 31 mars 2002, le nombre estimatif de personnes assurées au Yukon qui répondent aux conditions ci-dessous était le suivant :

Travailleurs étrangers	40
Ecclésiastiques	0

3.4 Primes

Les résidents du Yukon ne paient aucune prime.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes en provenance d'une autre région du Canada qui s'installent au Yukon ont droit à la couverture en vertu du paragraphe 4(1) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* et du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*. Selon la réglementation, « un bénéficiaire est admissible aux services assurés à compter de minuit, le dernier jour du deuxième mois suivant le mois de son arrivée au Yukon ».

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les dispositions relatives à la transférabilité de l'assurance-santé pendant les absences temporaires au Canada sont énoncées dans les articles 5, 6, 7 et 10 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* et l'article 6, les paragraphes (1) et (2) de l'article 7 et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*.

Ces deux règlements stipulent que lorsqu'un assuré s'absente du territoire avec l'intention d'y revenir, il a le droit de recevoir des services assurés durant une absence de 12 mois consécutifs. On conseille aux personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de 12 mois de communiquer avec le personnel du Régime d'assurance-santé du Yukon et de remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du territoire demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe peut accorder une protection pour d'autres types d'absences supérieures à 12 mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être examinées chaque année et être approuvées par le directeur.

En ce qui concerne les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe peut accorder une protection malgré une absence de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et être approuvées par le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe.

Les dispositions relatives à la protection pendant des séjours temporaires au Canada sont conformes aux modalités de l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité qui est entré en vigueur le 1er janvier 1998. Les définitions ont été uniformisées dans le règlement d'application, les politiques et les procédures.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers, conclues avec les autres provinces et territoires (le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux). Les services assurés fournis aux résidents du Yukon temporairement absents du territoire sont payés aux taux établis par la province d'accueil. Les montants suivants ont été versés à des hôpitaux de l'extérieur du territoire en 2001-2002.

Services aux malades hospitalisés	Services aux malades externes
4 263 271 $	938 871 $

Nota Ces statistiques sont compilées d'après la date de prestation des services et peuvent être modifiées.

En 2001-2002, les réclamations payées pour des services médicaux dispensés hors territoire totalisaient 1 601 642 $. Ce montant inclut les coûts des services dispensés à l'étranger et est calculé en fonction de la date de paiement.[5]

Le paiement des services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du territoire à des malades externes ou hospitalisés résidents du Yukon et admissibles est accordé en vertu des ententes de facturation réciproque pour les services hospitaliers. Les coûts élevés de certains actes médicaux, les frais pour les accouchements et le coût des consultations externes sont déterminés par le Comité fédéral-provincial-territorial de coordination de la facturation réciproque. Ces taux ont été établis par décret, conformément au

[5] Les coûts des services dispensés à l'étranger figurent aux lignes 22 et 23 de la section consacrée au Yukon à l'annexe A – Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe, au *Règlement sur le taux normalisé pour un traitement en clinique* et au *Règlement sur la facturation des traitements coûteux aux malades hospitalisés*.

Le paiement des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du territoire aux résidents du Yukon admissibles est accordé en vertu des ententes de facturation réciproque. Le paiement est versé à la province d'accueil aux taux établis par cette dernière.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les dispositions relatives à la transférabilité de l'assurance-santé des assurés pendant les séjours temporaires à l'étranger sont énoncées aux articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon*, ainsi qu'à l'article 6, aux paragraphes 7(1) et (2), et à l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*.

En vertu des articles 5 et 6, un assuré qui est absent du territoire et qui a l'intention d'y revenir est admissible aux services assurés pendant une période de 12 mois consécutifs.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé en cas de séjours à l'étranger sont semblables à celles en vigueur pour les séjours au Canada (voir la section 4.2). Des dispositions similaires s'appliquent aux étudiants, aux travailleurs temporaires et aux missionnaires à l'étranger.

On conseille aux personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de deux mois de communiquer avec le personnel du Régime d'assurance-santé du Yukon et de remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du territoire demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. En ce qui concerne les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe peut accorder une protection malgré une absence de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et être approuvées par le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe.

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon qui sont temporairement à l'extérieur du pays sont remboursés aux taux équivalents à ceux du Yukon. En vertu du Régime d'assurance-santé du Yukon, la somme est versée à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades hospitalisés admissibles résidant du Yukon sont payés aux taux établis par le Règlement sur le taux normalisé pour un traitement en clinique pour l'Hôpital général de Whitehorse. Le taux normalisé de l'Hôpital général de Whitehorse était, au 31 mars 2002, de 989 $ pour une hospitalisation en salle commune. Ce taux, établi par décret, est obtenu de la façon suivante :

- taux normalisé en salle commune = (total des frais d'exploitation - coûts d'hospitalisation non liés aux malades - coûts des naissances - coûts des services fournis aux malades externes) / (total des jours-patients - jours-patients pour les autres services (p. ex., aux non-Canadiens).

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au taux établi par le Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe. Ce taux, qui est actuellement de 110 $, est établi par décret et a été fixé par le Comité fédéral-provincial-territorial de coordination de la facturation réciproque.

En 2001-2002, les montants suivants ont été remboursés pour les services facultatifs et d'urgence fournis à l'étranger aux résidents du Yukon admissibles :

Services aux malades hospitalisés	Services aux malades externes
48 621 $	4 321 $

Nota Ces statistiques sont compilées d'après la date de prestation de services et peuvent être modifiées.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune exigence législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers facultatifs ou d'urgence à l'étranger. Les personnes admissibles sont remboursées en fonction du taux normalisé en salle commune appliqué aux services reçus.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le Régime d'assurance-santé du Yukon et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon ne prévoient aucuns frais modérateurs ou de coassurance. Les services spécialisés et les autres services qui ne sont pas offerts localement sont assurés uniformément par l'entremise d'un médecin spécialiste itinérant et d'un programme public d'assurance-déplacements. Aucun service assuré en vertu du régime d'assurance-santé fourni au Yukon ne fait l'objet de surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En vertu de la *Loi sur les hôpitaux*, « la Législature et le gouvernement ont la responsabilité de veiller à ce que puissent être offerts les programmes et les installations hospitaliers nécessaires ». Selon la population du Yukon, le nombre actuel de lits dans les hôpitaux est jugé suffisant.

À titre de seul établissement d'importance offrant des soins actifs dans le territoire, l'Hôpital général de Whitehorse détermine le nombre de lits disponibles. Les décisions quant au nombre de lits sont prises en fonction de l'utilisation et du complément d'effectif. Le nombre de lits disponibles à l'Hôpital Watson Lake Cottage est déterminé en collaboration avec les services infirmiers communautaires en fonction de l'utilisation et du complément d'effectif. Le ministre doit approuver toute modification importante du niveau de prestation des services.

Il n'y a pas de pénurie de lits pour soins actifs et il n'existe aucune liste d'attente pour l'admission à l'hôpital. Le principal établissement de soins actifs du Yukon est l'Hôpital général de Whitehorse. Au 31 mars 2002, cet établissement comptait 49 lits dotés en personnel et il reste suffisamment d'espace pour ouvrir huit lits supplémentaires pour soins actifs si jamais les tendances d'occupation en indiquent le besoin. Le Yukon ne dispose pas de lits de réadaptation; les malades sont envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir ces services, généralement à Vancouver ou à Edmonton. (Pour obtenir de plus amples renseignements sur le nombre et le type de lits d'hôpitaux au Yukon, consultez les points 3 et 4 de l'annexe statistique pertinente.)

L'Hôpital général de Whitehorse emploie actuellement 103 infirmières et infirmiers, ce qui équivaut à 72 ¾ postes d'équivalent à temps plein (ETP). Un personnel complet compte 75 ¾ ETP. L'écart est comblé par des employés occasionnels et temporaires.

L'Hôpital général de Whitehorse offre des services aux malades hospitalisés et aux malades externes ainsi que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les services d'urgence sont offerts en rotation par les médecins locaux. Les services médicaux comprennent :

- les soins intensifs (soins chirurgicaux et cardiaques);
- le traitement des problèmes respiratoires (bronchopneumopathie chronique obstructive [bpco], asthme, etc.);
- le traitement des accidents cardiovasculaires;
- les services d'obstétrique;
- le traitement des saignements gastrointestinaux;
- le traitement de la cellulite;
- la chimiothérapie;
- le traitement de l'hypertension;
- le traitement de l'impossibilité de faire des efforts et de la faiblesse.

Des services chirurgicaux sont offerts dans les domaines suivants :

- soins orthopédiques mineurs;
- certains soins orthopédiques majeurs;

- gynécologie;
- pédiatrie;
- troubles gastriques généraux;
- mastectomie;
- trauma (urgence);
- oto-rhino-laryngologie;
- ophtalmologie, y compris la chirurgie de la cataracte.

Les malades qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont envoyés dans des centres externes.

Les services de diagnostic comprennent :

- la radiologie;
- les analyses de laboratoire;
- les mammographies;
- les électrocardiogrammes.

Certains services de réadaptation sont offerts dans le cadre de traitements externes.

Il n'y a pas de liste d'attente pour être admis à l'Hôpital général de Whitehorse. Les malades qui ont besoin de toute urgence d'une chirurgie sont généralement opérés en moins de 24 heures. Les chirurgies non urgentes sont généralement effectuées en moins de deux semaines. Le nombre de consultations de spécialistes itinérants est modifié régulièrement, ce qui permet de réduire les périodes d'attente, en particulier en orthopédie, en oto-rhino-laryngologie et en ophtalmologie (voir la section 5.3).

Le Yukon compte un autre établissement de soins actifs, l'Hôpital Watson Lake Cottage. Cet établissement compte 12 lits et il n'y a pas de liste d'attente.

À part l'Hôpital général de Whitehorse et l'Hôpital Watson Lake Cottage, seul le Dawson Health Centre offre des services aux malades hospitalisés, et ces services sont restreints. Les 12 centres de santé communautaire fournissent des services aux malades externes et des services d'urgence 24 heures sur 24. Les centres de santé sont dotés d'au moins une infirmière communautaire et d'un personnel auxiliaire. Les collectivités de Whitehorse, Faro, Mayo, Watson Lake et Dawson City ont des médecins résidents.

Le Yukon a pris un certain nombre de mesures afin d'améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés.

- À l'automne 2000, un comité d'évaluation technique a été chargé de présenter des recommandations au ministère de la Santé et des Affaires sociales sur les programmes et les services de santé offerts au Yukon. Le mandat de ce comité consiste à définir les critères pour amorcer, éliminer ou réduire des programmes ou des services de santé. Ces critères comprennent le nombre minimal de patients requis pour offrir des soins efficaces et sûrs; les ressources humaines en santé nécessaires, notamment en ce qui a trait aux infirmières spécialisées, aux médecins et aux techniciens biomédicaux; les autres ressources nécessaires, notamment en matière d'espace, d'équipement et d'infrastructure; et le rapport coût-efficacité. Les décisions qui en résultent au sujet de l'équipement ou des services ne nuisent aucunement à l'accès aux services médicalement nécessaires puisque les services et les programmes en place continuent d'assurer cet accès. (Ce comité se réunit selon les besoins.)
- Compte tenu du succès remporté par le projet de télémédecine en 1998, une demande a été présentée au Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) pour l'utilisation de la vidéo en temps réel pour faciliter l'accès aux services et leur prestation entre les régions périphériques rurales et Whitehorse et entre Whitehorse et des centres situés en Colombie-Britannique et en Alberta. Le PPICS a approuvé un financement de un million de dollars pour ce projet, qui sera réalisé entre le 1er septembre 2001 et le 31 mars 2003.

Grâce à ce financement, des services de télémédecine ont été mis en place à Whitehorse et dans cinq collectivités rurales du Yukon. La mise en place s'est terminée en mai 2002, et une demande a depuis été présentée au PPICS afin de reporter la date limite du projet

au 30 septembre 2003 au lieu du 31 mars 2003. La prolongation du projet permettra l'obtention de suffisamment de données pour évaluer adéquatement le projet. Jusqu'à maintenant, des séances de télé-santé mentale ont eu lieu entre Whitehorse et les régions rurales du Yukon ainsi qu'entre Whitehorse et des psychiatres de Colombie-Britannique. Depuis la mise en place, il y a eu mensuellement entre deux et quatre séances de télé-éducation fournies par Whitehorse aux régions rurales. Ces séances ont été suivies par des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé mentale et des professionnels paramédicaux comme un représentant en santé communautaire et des professionnels du mieux-être des Premières nations.

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue de travailler de concert avec la Régie des hôpitaux du Yukon et les services infirmiers communautaires afin de maintenir ou de réduire les périodes d'attente actuelles pour les services hospitaliers assurés offerts dans le territoire. À titre d'exemple, le ministère a mis de l'avant les projets suivants pour réduire les périodes d'attente :

- En janvier 2002, le gouvernement a annoncé qu'une somme de 1 500 000 $ avait été prévue au budget pour l'achat d'un tomodensitomètre et du matériel connexe ainsi que pour la dotation du personnel nécessaire à l'Hôpital général de Whitehorse. Le tomodensitomètre devrait être fonctionnel à l'automne de l'exercice 2002-2003, réduisant ainsi le besoin pour les résidents de se déplacer à l'extérieur du territoire pour obtenir le service.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Conformément aux lois et à la prestation de services en place, tous les résidents du Yukon admissibles ont droit au même accès aux services médicaux et dentaires assurés, selon des modalités uniformes.

La plupart des médecins du Yukon se trouvent à Whitehorse. À l'extérieur de Whitehorse, seules deux collectivités rurales ont des médecins résidents rémunérés à l'acte : Dawson City et Watson Lake. Deux autres médecins contractuels desservent les résidents de Faro et de Mayo.

Un programme de médecins itinérants offre l'accès à des services médicaux assurés à 10 collectivités rurales et éloignées. La fréquence des consultations itinérantes est fonction de la demande et de l'utilisation. Les médecins qui fournissent des services itinérants sont indemnisés, en vertu d'un contrat, pour le temps de pratique perdu, le kilométrage, les repas et l'hébergement, en plus du paiement à la séance *ou* de la facturation à l'acte.

Outre la répartition habituelle des médecins et des spécialistes dans le territoire, l'accès uniforme aux services médicaux et dentaires est accru grâce au programme d'assurance-déplacements. Ce programme couvre les coûts du transport médicalement nécessaire, permettant ainsi aux personnes admissibles d'avoir accès aux services non offerts dans leur collectivité. Des personnes admissibles sont régulièrement envoyées à Whitehorse, à Vancouver, à Edmonton ou à Calgary pour y recevoir des services.

De plus, le programme de médecins spécialistes itinérants permet d'offrir à l'Hôpital général de Whitehorse, aux services de santé mentale ou à l'unité des maladies transmissibles du Yukon des services de spécialistes qui ne sont pas régulièrement offerts dans le territoire.

Le tableau suivant est une ventilation du nombre de médecins résidents, de spécialistes et de dentistes qui fournissaient des services au Yukon au 31 mars 2002 : (voir le point 30 de l'annexe statistique.)

Omnipraticiens/médecins de famille	49
Spécialistes	5
Dentistes	11

Le tableau suivant est une ventilation du nombre de spécialistes qui fournissent des services dans le cadre du programme de médecins spécialistes itinérants :

Ophtalmologie	1
Oncologie	3
Orthopédie	4
Médecine interne	1
Oto-rhino-laryngologie	2
Neurologie	1
Rhumatologie	1
Dermatologie	1
Chirurgie dentaire*	1
Maladies infectieuses*	1
Psychiatrie*	3

*Nota Il s'agit de services non fournis dans le cadre du programme des médecins spécialistes tel que géré par l'Hôpital général de Whitehorse.

Les consultations des spécialistes itinérants se tiennent de une à huit fois par année, selon la demande de services et la disponibilité des spécialistes. Au 31 mars 2002, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

Ophtalmologie	de 0 à 3 mois
Orthopédie	de 2 à 13 mois
Oto-rhino-laryngologie	de 5 à 12 mois
Neurologie	de 3 à 6 mois
Rhumatologie	de 2 à 6 mois
Chirurgie dentaire*	de 2 à 3 mois

*Nota Il s'agit de services non fournis dans le cadre du programme des médecins spécialistes tel que géré par l'Hôpital général de Whitehorse.

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a pris plusieurs mesures pour réduire les périodes d'attente pour les services médicaux assurés. Différentes initiatives de recrutement et de maintien en poste ont été entamées en 2001-2002 et 2002-2003 pour accroître le nombre de médecins résidents et suppléants dans le territoire. Ces initiatives comprennent :

- **Programme de soutien aux médecins résidents** : aide à couvrir les dépenses liées aux déplacements, à l'hébergement et aux véhicules des médecins résidents faisant partie d'un programme de médecine générale et des étudiants en médecine du Yukon.
- **Programme de soutien aux médecins suppléants** : aide à couvrir les dépenses liées aux déplacements et à l'hébergement des médecins offrant des services de suppléance aux médecins résidents.
- **Fonds pour le déménagement des médecins** : aide à couvrir les coûts de déménagement au Yukon des médecins de famille recrutés. Une promesse de service est exigée.
- **Fonds pour l'établissement de bureaux** : aide les médecins qui s'installent au Yukon dans une région que le comité conjoint de gestion a désignée comme une région ayant besoin de ressources médicales additionnelles.
- **Programme de soutien à l'éducation** : offre un soutien aux médecins du Yukon qui quittent le territoire pour aller suivre une formation spécialisée. Une promesse de service post-formation est exigée.
- **Fonds pour la formation en région rurale** : offre un soutien aux médecins en région rurale afin qu'ils puissent maintenir leurs compétences en matière de salle d'urgence dans le cadre de cours spécialisés.
- **Programme de bourses** : vise les étudiants entamant leur troisième et quatrième année d'études dans une école de médecine ou leurs deux années de résidence. Une promesse de service post-formation est exigée.

En 2001-2002, des modifications ont été apportées à la *Loi sur la profession médicale* afin de prévoir l'émission de licences spéciales en vue de répondre à un besoin démontré. Le candidat doit déjà s'être vu offrir un poste assujetti à une licence spéciale dans le territoire, et le ministre de la Santé et des Affaires sociales doit déclarer par écrit qu'il y a un besoin démontré pour cette licence spéciale.

5.4 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). L'AMY et le gouvernement nomment chacun des membres de l'équipe de négociation. Ces derniers se réunissent jusqu'à ce qu'ils en arrivent à un accord. L'équipe de

négociation de l'AMY demande aux membres de l'AMY d'approuver le projet d'entente. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

Les plus récentes négociations concernant les honoraires se sont terminées le 26 mars 2002. Le protocole d'entente qui en a résulté est entré en vigueur le 1er avril 2002 et se terminera le 31 mars 2004. Le protocole d'entente établit les modalités de paiement pour les volets suivants :

- Rémunération à l'acte des médecins;
- Autres modes de rémunération des médecins;
- Formation médicale continue;
- Assurance de la profession médicale;
- Programmes d'avantages sociaux.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* régissent le paiement des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2001-2002.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents est remboursée en fonction du système de rémunération à l'acte. À l'heure actuelle, deux médecins pratiquant à temps plein en région rurale sont rémunérés sur une base contractuelle, et trois médecins qui offrent des consultations dans une région périphérique sont rémunérés à taux fixe pour chaque séance.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'Hôpital général de Whitehorse) par l'entremise d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations sont établis en fonction des exigences opérationnelles et des projections fondées sur les années antérieures. Un accord de contribution d'un an est en vigueur jusqu'au 31 mars 2003.

En plus du financement des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations prévu par l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'accords de contribution. L'hôpital pavillonnaire et tous les centres de santé sont financés à partir du budget du gouvernement du Yukon.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* régissent les paiements versés par le régime d'assurance-santé aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Cette législation établit le cadre législatif régissant le versement de paiements pour les services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2001-2002.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Yukon a tenu compte des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans son Budget annuel des dépenses pour 2001-2002 et dans la publication de ses comptes publics. Les alinéas 3(1) d) et e) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada. Ces documents sont mis à la disposition de Santé Canada dans la section des documents supplémentaires présentés.

7.0 Services complémentaires de santé

Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Des services complémentaires de santé sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. En 2001-2002, trois établissements offraient un ou plusieurs des services suivants au Yukon :

- soins personnels;
- services complémentaires de santé;
- soins intermédiaires en maison de repos;
- soins spéciaux;
- soins de relève;
- programme de jour;
- services de traitement aux malades externes.

Les services susmentionnés ne sont pas prévus dans la législation. Aucun changement important n'a été apporté à la gestion de ces services en 2001-2002.

Les résidents admissibles du Yukon ont aussi accès aux programmes et services suivants, qui ne sont pas exigés par la *Loi canadienne sur la santé* :

- ***Programme de prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique*** – Verse des prestations aux résidents du Yukon atteints d'une maladie chronique particulière ou d'un grave handicap fonctionnel. Couvre des médicaments d'ordonnance et les fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales nécessaires. (*Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique*)
- ***Programme d'assurance-médicaments et programme d'avantages complémentaires*** – Aident les aînés inscrits à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des services de l'ouïe et des fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales. (*Pharmacare Plan Regulation* et *Extended Health Care Plan Regulation*)
- ***Programme d'assurance-déplacements*** – Aide les résidents admissibles du Yukon à assumer le coût du transport urgent ou non urgent médicalement nécessaire par voie aérienne ou terrestre. (*Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux* et son règlement)
- ***Programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants*** – Aide les familles à faible revenu à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des examens de la vue et des lunettes d'ordonnance pour les personnes de 18 ans et moins. (*Règlement sur les prestations pour les soins de la vue et les médicaments prescrits aux enfants*)
- ***Services de santé mentale*** – Offre des services d'évaluation, de diagnostic, de traitement individuel et en groupe, de consultation et d'aiguillage aux personnes aux prises avec une variété de problèmes de santé mentale. (*Loi sur la santé mentale* et son *Règlement*).
- ***Santé publique*** – Fait la promotion de la santé et du bien-être partout sur le territoire au moyen de divers programmes de prévention et d'éducation. Ce programme n'est pas imposé par la *Loi*.
- ***Programme de services ambulanciers*** – Assure la stabilisation des urgences et le transport des personnes malades ou blessées du lieu de l'accident à l'établissement de santé le plus près en mesure de dispenser des soins du niveau requis. Ce programme n'est pas imposé par la *Loi*.
- ***Programme de soins de l'ouïe*** – Offre aux personnes de tous âges souffrant d'une variété de troubles de l'ouïe des services d'évaluation systématique et de diagnostic. Mène des activités de sensibilisation du public. Ce programme n'est pas imposé par la *Loi*.
- ***Programme de soins dentaires*** – Offre des soins dentaires complets — diagnostic, prévention et restauration — aux enfants du niveau préscolaire à la 8e année, à Whitehorse et à Dawson City. Les soins s'étendent jusqu'à la 12e année (fin du secondaire) dans toutes les autres collectivités du Yukon. Ce programme n'est pas imposé par la *Loi*.

Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Yukon offre des services d'évaluation et de traitement, de soutien personnel, d'aide sociale, de relève et de soins palliatifs. À Whitehorse, les services sont fournis par des travailleurs de soutien à domicile, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes. Dans les collectivités rurales, des travailleurs auxiliaires de soutien à domicile offrent des soins personnels et des services de relève aux clients. Les services sont disponibles du lundi au vendredi. À Whitehorse, d'autres services, comme un soutien planifié pendant la fin de semaine ou en soirée, peuvent être offerts jusqu'à 21 h à la fin des soins palliatifs. Des soins de 24 h ne sont pas offerts.

Services de soins de santé ambulatoires

Le programme de soins à domicile du Yukon fournit la majorité des services de soins de santé ambulatoires à l'extérieur des établissements. La plupart des autres services sont fournis par des services infirmiers communautaires ou la santé publique. Les résidents ont tous accès à ces services.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

- Liste des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés
- *Loi sur l'assurance-santé* et son *Règlement* (codification administrative)
- *Loi sur l'assurance-hospitalisation et son Règlement* (codification administrative)
- *Loi sur la profession médicale* et son *Règlement*
- *Loi sur les hôpitaux* et son *Règlement*
- *Loi sur la santé mentale* et son *Règlement*
- *Loi sur les professions dentaires* et son *Règlement*
- État des revenues et des dépenses : programmes d'assurance-santé
- Comptes publics du Yukon – extrait du rapport du vérificateur général, 2001-2002
- Comptes publics du Yukon – extrait des états financiers consolidés, 2000-2001
- Budget du Yukon, 2001-2002

Territoires du Nord-Ouest

Introduction

De concert avec neufs autorités de la santé et des services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) offre un vaste éventail de programmes et de services dans le domaine de l'aide à la famille, de la protection de l'enfance, de la santé publique, des soins à domicile, de la vie autonome, du mieux-être communautaire, de la santé environnementale, des services assurés, des statistiques démographiques et des services de santé complémentaires. Bien que les services assurés comprennent les soins médicaux et les soins hospitaliers, il existe un certain nombre d'autres services de santé supplémentaires qui sont offerts aux résidents admissibles tels que l'assurance-médicaments, l'allocation de voyage pour fins médicales et le régime d'assurance-maladie complémentaire pour les aînés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O utilise une approche de la prestation des services qui est fondée sur la collectivité. Les autorités de la santé et des services sociaux dispensent un éventail complet de services de santé communautaires et en établissement. Dans les T.N.-O, le personnel infirmier est le groupe de professionnels de la santé le plus important. Dans la plupart des collectivités, les infirmières et infirmiers en santé communautaire sont le point d'accès des soins de santé dans les centres de santé communautaire. Les centres de santé offrent des services de traitement ambulatoire réguliers et d'urgence ainsi qu'un programme de santé publique complet. Ils consultent les médecins au besoin. Les travailleurs sociaux fournissent des services sociaux de base, y compris des services de counseling, d'intervention en cas de crise et des programmes de bien-être des enfants.

Dans les collectivités les plus importantes, telles que Yellowknife et Inuvik, les médecins sont souvent le premier point de contact du public avec le système de santé. Des médecins de famille et parfois des spécialistes se rendent périodiquement dans les autres collectivités.

Les spécialistes travaillent à l'Hôpital territorial Stanton de Yellowknife ou dans des hôpitaux situés dans le sud du Canada. Parmi les spécialités pour lesquelles on trouve des résidents à Stanton, mentionnons l'obstétrique et la gynécologie, la médecine interne, la pédiatrie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, les soins des yeux, du nez et de la gorge, la radiologie, la chirurgie générale et la psychiatrie. Des cliniques de consultation spéciale, en neurologie et en cardiologie par exemple, offrent d'autres services de consultation pour les patients provenant des banlieues périphériques.

Évolution sur le plan démographique

Le 1er juillet 2002, les Territoires du Nord-Ouest comptaient environ 41 403 habitants[1], dont 50,7 pour cent sont des Autochtones. La population des T.N.-O. demeure relativement jeune, et le taux de natalité est élevé. Selon le recensement, environ 27,5 pour cent de la population des T.N.-O serait âgée de moins de 15 ans, comparativement à 19 pour cent pour la population canadienne dans son ensemble. Étant donné le profil de cette population, il est nécessaire de continuer à investir dans des services ciblant les enfants, les jeunes et les jeunes familles.

Bien que la population des territoires soit relativement jeune, elle est néanmoins vieillissante. On prévoit qu'en moins de 20 ans, le nombre d'aînés de 65 ans et plus passera d'environ 1 700 à plus de 4 400, ce qui représente une augmentation de 160 pour cent. Par contraste, on s'attend à ce que la population âgée de moins de 20 ans augmente de moins de 15 pour cent seulement au cours de la même période. Parmi les aînés, la demande en ressources en santé est cinq fois plus élevée que parmi la population âgée de moins de 65 ans. Ces chiffres sont liés à une plus forte

[1] Les prévisions démographiques sont établies par Statistique Canada qui présente, tous les trimestres, de telles prévisions pour toutes les provinces et les territoires.

incidence de cancers, de problèmes circulatoires, du système nerveux, des maladies d'organes sensoriels, des blessures et des maladies respiratoires. En raison de ce nombre croissant de résidents âgés, il faudra investir considérablement dans les services pour les personnes âgées tels que les soins à domicile et les soins de longue durée.

Évolution des conditions économiques

L'évolution des conditions économiques dans le nord continue d'avoir des répercussions sur la santé et le bien-être des résidents. La hausse des possibilités d'emploi, particulièrement dans les régions où l'on procède à l'exploitation minière, pétrolifère et gazière, ont un effet positif sur l'économie. Cette augmentation du revenu disponible peut donner lieu à une amélioration de la nutrition, de la sûreté et de la sécurité des familles. Par contre, l'évolution des conditions économiques ont aussi été la source de problèmes sociaux accrus tels que l'alcoolisme ou la passion du jeu.

Des études ont démontré que les chômeurs ont une espérance de vie réduite et ont plus de problèmes de santé que les travailleurs. Dans les collectivités de plus petite taille des T.N.-O., la faiblesse des revenus des ménages et la réduction de possibilités d'emploi conjuguées à des conditions de logement surpeuplé entraînent également du stress et se traduisent par des conditions de vie malsaines. Nous assistons également à un processus d'urbanisation, particulièrement en ce qui a trait à la migration de personnes et de familles en provenance des plus petites collectivités vers les centres régionaux et Yellowknife à la recherche d'emplois.

Incidence des maladies, des blessures et des décès évitables

Comparativement au reste du Canada, l'incidence des maladies, des blessures et des décès évitables demeure élevée dans les Territoires du Nord-Ouest (*Rapport d'étape sur la santé 1999*). Des facteurs regrettables tels que la violence familiale, les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) et la plupart des formes de cancer sont liés aux choix médiocres que font les personnes dans leur mode de vie : régime alimentaire, consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Les blessures et les décès associés aux blessures sont souvent la conséquence de comportements à risques. Bon nombre de besoins de soins aigus et de longue durée sont liés à la pauvreté, à un faible taux d'instruction, au chômage et à une faible estime de soi, tous des facteurs qui peuvent donner lieu à de médiocres capacités d'adaptation.

Même si la tendance est à la baisse dans le reste du Canada, l'usage du tabac demeure une grave préoccupation dans le domaine de la santé publique dans les T.N.-O. Dans les T.N.-O. les taux d'usage du tabac sont parmi les plus élevés au Canada. Les répercussions de l'usage du tabac sur les coûts des soins de santé et les coûts humains en termes de décès et d'incapacités sont très importants et ont tendance à augmenter.

Hausses des coûts des soins de santé et des services sociaux

De nombreux facteurs ont entraîné une hausse continue de la demande pour les ressources. Ces facteurs comprennent, entre autres, la démographie, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les nouvelles technologies, les produits pharmaceutiques et les pratiques médicales, l'incidence accrue de maladies chroniques et nouvelles et les attentes des citoyens. L'augmentation des coûts continue d'exercer de fortes pressions sur le système.

Maintien d'un système durable

La prestation de programmes de santé et de programmes sociaux continue de faire l'objet de discussions. Il existe un certain nombre de questions importantes qui exercent des pressions quant à la viabilité du système, étant donné surtout la limitation des ressources et l'augmentation continue des demandes, la capacité de l'actuel système d'assurer la qualité des soins, la responsabilisation des divers partenaires au sein du système et les défis que pose la coordination de la prestation de services. La difficulté de recruter des professionnels de la santé et la concurrence constante des autres provinces et territoires du Canada et d'autres pays ajoutent d'autres pressions sur le système.

Au cours de l'exercice 2001-2002, un examen exhaustif du système de santé et des services sociaux a été commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O. Cet examen visait à définir davantage les questions concernant la structure et le fonctionnement du système définies dans le Forum sur la santé et les services sociaux du Ministre. L'examen comprenait des consultations exhaustives avec les personnes qui assument un leadership dans le système de soins de santé des T.N.-O., ainsi qu'avec des employés.

Les recommandations formulées à la suite de cet examen ont ensuite servi à l'élaboration du plan d'action pour le système de santé et des services sociaux des T.N.-O approuvé en janvier 2002. Le plan contient 45 mesures regroupées selon cinq grands secteurs d'amélioration : les services à la population, le soutien pour le personnel, le soutien aux régisseurs, la gestion du système et la responsabilisation au sein du système. La mise en oeuvre du plan d'action devrait commencer au début de l'exercice 2002-2003 et s'étaler sur les deux prochaines années.

Un des plus importants secteurs d'amélioration consiste à réduire la dépendance des T.N.-O sur les autres instances en ce qui concerne l'accès à des spécialistes clés des soins de santé et des services sociaux. L'amélioration des programmes de formation pour l'entrée en fonction à l'intention de l'ensemble des habitants du Nord et des peuples autochtones du Nord comme fournisseurs clés des soins de santé et des services sociaux est une priorité des T.N.-O.

Technologie de l'information

Étant donné sa population restreinte et répartie sur un vaste territoire isolé, les T.N.-O se tournent vers les nouvelles technologies de l'information comme moyen pour améliorer les communications entre les collectivités. Toutefois, ce sont ces mêmes facteurs qui font en sorte qu'il est coûteux et difficile de trouver des solutions technologiques et d'assurer le maintien de ces solutions dans les T.N.-O.

Dans tous les territoires et provinces, la qualité et l'intégralité des données continuent de représenter un défi dans les T.N.-O. Il est de plus en plus important que l'on mette au point de nouveaux systèmes d'information intégrés pour le Ministère et les autorités en tenant compte des problèmes liés à la protection des renseignements des clients. Les fournisseurs réagissent face à ces défis en tentant d'améliorer l'accès et la sécurité quant aux nouvelles applications et infrastructures. Les T.N.-O adoptent ces nouvelles possibilités aussi rapidement que leurs ressources financières le permettent.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé porte le nom de régime de soins de santé; il comprend le régime de soins médicaux et le régime d'assurance-hospitalisation. L'administration du régime de soins médicaux est placé sous la responsabilité du directeur de l'assurance-maladie, lequel est nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils d'administration établis aux termes de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux (L.R.T.N.-O.)* ou conformément à l'article 18 de cette loi, qui permet au ministre d'approuver un contrat pour la gestion des établissements de soins de santé et de services sociaux.

Le régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest est assujetti aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* (révisée en 1988) et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (révisée en 1997). En janvier 2001, certains articles du règlement pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie* se rapportant aux grilles tarifaires ont été modifiés afin de tenir compte du contrat négocié entre l'Association médicale des T.N.-O. et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les négociations contractuelles, entreprises en octobre 2002, pourraient entraîner l'adoption de modifications au barème d'honoraires en 2003. Les pouvoirs du ministre sont exposés dans l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation sur l'administration des services*

de santé et des services sociaux et le mandat du ministre est décrit davantage dans la politique d'établissement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest doit nommer un directeur des soins médicaux qui veillera à l'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* et du règlement pris en application de cette loi. Au cours de chaque exercice, le directeur doit présenter un rapport au ministre concernant le fonctionnement du régime d'assurance-maladie.

Le ministre doit également désigner les membres du conseil d'administration des établissements des Territoires du Nord-Ouest. Des conseils de gestion sont établis en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* ou en vertu de la *Loi sur les sociétés*. Les conseils sont établis avec le pouvoir de gérer, de contrôler et de voir au fonctionnement des établissements de santé et de services et, sous réserve de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (1987), d'exercer tous les pouvoirs nécessaires et accessoires à ces fonctions. Le président du conseil est nommé à titre amovible, tandis que le mandat des autres membres est de trois ans, jusqu'à un maximum de trois mandats consécutifs.

Conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques*, une vérification annuelle des comptes est effectuée pour chaque conseil d'administration. Le ministre rencontre régulièrement les présidents des conseils. Ils profitent alors de l'occasion pour communiquer des renseignements non financiers.

1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime de soins médicaux sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le vérificateur général du Canada (VGC) est chargé de vérifier les paiements effectués dans le cadre du régime de soins médicaux. Dans le cadre de la vérification des comptes publics, le VGC vérifie également le régime d'assurance-hospitalisation.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont dispensés aux termes de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et de l'administration des services de santé et des services sociaux* et du *Règlement*. Au cours de l'exercice 2001-2002, quatre hôpitaux et 28 centres de santé fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes dans les Territoires du Nord-Ouest.

Une gamme complète de services hospitaliers assurés sont fournis dans les Territoires du Nord-Ouest. Les conseils d'administration sont habilités à fournir des services supérieurs à ceux jugés comme étant médicalement nécessaires, bien que de tels services ne soient pas couverts par les régimes d'assurance.

Les services assurés des T.N.-O. offerts aux patients hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie;
- l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils existent;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- les services offerts par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital;
- les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les T.N.-O. offrent également un certain nombre de services externes qui comprennent :

- les analyses en laboratoire, les radiographies et leurs interprétations, quand elles sont requises par un médecin et dispensées par le service de consultation externe d'un hôpital agréé;
- les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- les services de physothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie dans un hôpital agréé;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Une liste détaillée des services aux patients hospitalisés et des services de consultation externe assurés est comprise dans l'article 1 du *Règlement sur les services d'assurance-hospitalisation*. Le *Règlement* définit les services assurés externes comme les services et les fournitures suivants donnés aux patients externes :

(a) les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour aider à établir un diagnostic et un traitement pour toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exclusion des procédés simples tels que les examens hématologiques et les analyses d'urine qui font habituellement partie des examens de routine d'un médecin;

(b) les services infirmiers nécessaires;

(c) les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes tels qu'ils sont inscrits à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital;

(d) l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, comprenant l'équipement et les fournitures nécessaires;

(e) les fournitures chirurgicales courantes;

(f) les services offerts par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital;

(g) l'usage des services de radiothérapie;

(h) l'usage des services de physothérapie.

Le ministre peut ajouter des services hospitaliers assurés à la réglementation. Ainsi, sur la recommandation du ministre, le Commissaire peut réglementer les services aux patients hospitalisés et des services de consultation externe assurés auxquels les personnes assurées sont admissibles. Il appartient également au ministre de décider s'il y a lieu de recourir à une consultation publique avant d'apporter des changements à la liste des services assurés.

Lorsque les services ne sont pas offerts dans les Territoires du Nord-Ouest, les résidents des T.N.-O. peuvent les recevoir dans des hôpitaux d'autres provinces ou territoires. Ces services doivent être médicalement nécessaires et peuvent comprendre des transferts d'hôpital à hôpital ou des recommandations des médecins. Les T.N.-O. offrent une aide pour le transfert médical, un programme de service de santé supplémentaire prévu dans la politique de voyage pour soins médicaux, qui assure que les résidents des T.N.-O. ont accès aux services médicalement nécessaires.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie* et le *Règlement sur les soins médicaux* prévoient la prestation de services médicaux assurés dans les T.N.-O. Seuls les médecins autorisés, en tant que praticiens, peuvent fournir des services médicaux assurés dans les T.N.-O. Les médecins doivent être titulaires des permis nécessaires pour exercer leur profession dans les T.N.-O.

Une vaste gamme de services médicaux nécessaires sont offerts dans les T.N.-O. Aucune restriction ne s'appliquera, si un service est considéré comme étant assuré. Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime de soins médicaux, y compris les services diagnostiques et thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux nécessaires; les soins obstétriques complets; les examens de la vue; les consultations chez un spécialiste même quand le patient n'a pas été renvoyé par un omnipraticien.

Après négociation entre l'Association des médecins des T.N.–O. et le directeur de l'assurance-soins médicaux, de nouveaux services médicaux peuvent être pris en considération pour ajout au barème d'honoraires applicable dans les T.N.–O. Il incombe au directeur de l'assurance-médicale de gérer le processus d'ajout ou d'élimination d'un service médical et de déterminer s'il est opportun de recourir à des consultations publiques avant que des changements soient apportés aux barèmes approuvés. Toutefois, c'est le ministre qui décide d'ajouter ou de supprimer des services hospitaliers assurés au Règlement. Sur recommandation du ministre, le commissaire peut, sur règlement :

- créer un régime d'assurance-maladie afin de fournir aux assurés, par l'entremise de médecins, des services assurés qui permettront aux territoires, à tous égards, de recevoir des contributions du gouvernement fédéral sous le régime de la LCS;
- fixer les taux d'honoraires qui peuvent être versés à l'égard des services assurés rendus par des médecins, à l'intérieur ou à l'extérieur des territoires, et les conditions auxquelles les honoraires sont payables.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés et ceux associés à la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou à des interventions résultant d'une blessure à la mâchoire ou à une maladie de la bouche ou de la mâchoire sont admissibles. Seuls les chirurgiens stomatologistes peuvent présenter des demandes de paiement. Au cours de la période couverte par le rapport, il n'y avait aucun chirurgien stomatologiste dans les T.N.–O. Pour cette raison, les T.N.–O. utilisent comme guide le barème de la province de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé des T.N.–O. comprennent :

- les services médico-légaux;
- les examens effectués à la demande d'un tiers;
- les services non nécessaires du point de vue médical;
- les immunisations de groupe;
- la fécondation *in vitro*;
- les services offerts par un médecin aux membres de sa famille;
- les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone;
- la chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire;
- les services dentaires autres que les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale nommément désignés;
- les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes;
- les lunettes et les appareils spéciaux;
- les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux;
- les traitements fournis au cours des services de chiropratique, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins, tels que défini dans la *Loi sur l'assurance-maladie* et le *Règlement*;
- les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été dispensés dans un établissement de consultation externe assuré;
- les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale;
- les examens généraux annuels courants, dans les cas où il n'y a pas de diagnostic définissable.

Dans les T.N.–O., les approbations préalables des biens ou des services médicaux non assurés offerts en même temps qu'un service de santé assuré doivent respecter la procédure en place. Le procédure comprend l'obtention de conseils auprès du conseiller médical. Le conseiller est nommé pour partager son expertise avec le directeur de l'assurance-médicale. Cette approche n'entrave pas l'accès raisonnable aux services assurés pour les résidents des T.N.–O.

La *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.–O. comprend le règlement sur l'assurance-maladie ainsi qu'un barème d'honoraires pour les médecins. Cette *Loi* prévoit également le pouvoir de négocier des changements ou des suppressions au barème d'honoraires. Le processus est décrit à la partie 2.2 du présent rapport.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* est la loi qui définit l'admissibilité des résidents des T.N.–O. au régime d'assurance-santé du territoire.

Pour définir l'admissibilité, on a recours à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et aux directives d'inscription au régime de soins médicaux des Territoires du Nord-Ouest. Aucune modification en matière d'admissibilité n'a été apportée au cours de l'exercice 2001-2002.

Le régime de soins médicaux des Territoires du Nord-Ouest exclut les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier du gouvernement fédéral et les résidents dont la période d'attente minimale n'est pas terminée.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, les personnes doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (visas, documents d'immigration, etc.). Les personnes doivent être en mesure de fournir, sur demande, une preuve de résidence. Au mieux, l'inscription devrait avoir lieu avant la date d'admissibilité réelle du résident. Les cartes de soins de santé sont renouvelées tous les deux ans. L'inscription est directement liée à l'admissibilité au régime. Les demandes de remboursement présentées par les résidents dont l'inscription n'est pas valide ne sont pas acceptées.

Au 31 mars 2002, 42 886 résidents étaient inscrits au régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest. Le numéro d'inscription vient de la base de données du régime d'assurance-maladie du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.–O. Il est possible que le nombre de personnes inscrites excède le nombre d'habitants des T.N.–O., par exemple, les personnes n'avisent pas nécessairement immédiatement le ministère lorsqu'elles quittent les T.N.–O.

Le régime de soins de santé ne prévoit aucune possibilité de retrait officielle pour les patients.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime si leur visa est valide pour une période d'au moins 12 mois.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent dans les T.N.–O. sont assujetties à des délais de résidence. Le délai de résidence est conforme à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. En général, un résident n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois lorsqu'il déménage aux T.N.–O. ou le premier

jour du treizième mois pour ceux qui viennent travailler dans la région pour moins de 12 mois, mais qui peuvent confirmer que la période d'emploi a été prolongée au-delà de 12 mois.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest définissent les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des Territoires du Nord-Ouest sont couverts par l'assurance-santé pendant la période où ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire. Les personnes qui, pour diverses raisons (travail, vacances, détachements, etc.), prévoient s'absenter des Territoires du Nord-Ouest pour une période d'un an ou moins demeurent assurées pendant un maximum d'une année. Lorsqu'une personne est autorisée à s'absenter temporairement des Territoires du Nord-Ouest, le coût d'une année des services assurés reçus dans d'autres provinces ou territoires est entièrement payé.

Les Territoires du Nord-Ouest ont signé des ententes de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux assurés avec les autres provinces et territoires.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les directives touchant l'inscription au régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest exposent les critères qui définissent la protection assurée pendant les séjours à l'étranger. Le régime couvre les personnes qui s'absentent du pays pour une raison ou pour une autre pendant une période pouvant aller jusqu'à un an.

L'alinéa 11. (b) (ii) de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que les résidents peuvent présenter les reçus des coûts engagés pour des services fournis à l'étranger. Les T.N.–O. prévoient le remboursement personnel lorsqu'un résident des T.N.–O. quitte temporairement le Canada pour des raisons personnelles telles que des vacances et qu'il requiert des soins au cours de cette période. Ces personnes devront couvrir les frais et en demander le remboursement à leur retour aux T.N.–O. Les taux sont les mêmes que ceux contenus dans le barème d'honoraires des médecins et que les taux fixés pour les services offerts dans les hôpitaux et les cliniques externes.

Au cours de la période couverte par ce rapport, aucune autorisation n'a été accordée pour assurer la couverture d'un résident des T.N.–O. pendant qu'il demeure à l'extérieur du Canada pour une période maximale d'un an. Dans le contexte des règles d'admissibilité, les résidents des T.N.–O. peuvent conserver leur couverture pour une période maximale de 12 mois s'ils quittent le Canada, mais ils doivent présenter des renseignements détaillés confirmant que leur résidence permanente demeure dans les T.N.–O. Étant donné qu'aucune personne n'est couverte par cette disposition, aucun paiement n'a été requis. Les taux sont les mêmes que ceux inscrits dans le barème d'honoraires des médecins et des hôpitaux et des cliniques externes.

4.4 Nécessité d'obtenir une approbation préalable

Les T.N.–O. exigent l'obtention d'une approbation préalable pour que la couverture de certains services soit envisagée dans d'autres provinces ou territoires et à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir au préalable une approbation si les services assurés doivent être obtenus auprès d'établissements privés.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Dans les Territoires du Nord-Ouest, tous les résidents ont droit à un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales ainsi qu'à un programme de prestations complémentaires de santé destiné à lever tous les obstacles d'ordre économique. L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* stipule que la surfacturation n'est pas autorisée.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Il n'y a eu aucun problème concernant l'accès aux lits dans les T.N.–O. au cours de la période visée. S'il en était autrement, les résidents seraient transportés dans un autre établissement où l'on trouve les lits appropriés. Les hôpitaux et les centres de santé des T.N.–O. continuent d'éprouver certains problèmes de dotation en personnel à court terme, qui ont des répercussions sur les activités. Grâce à certains arrangements touchant les déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a toutefois été maintenu au cours de l'exercice 2001-2002.

Les établissements des T.N.–O. sont en mesure d'offrir une certaine gamme de services médicaux, de chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. On a mis en oeuvre le Programme d'aide financière des T.N.–O. pour les déplacements à des fins médicales afin de permettre aux résidents de recevoir les services nécessaires non disponibles dans les établissements des T.N.–O.

Au cours de l'exercice 2001-2002, l'élargissement du projet de télésanté est l'une des mesures qui ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés. Un certain nombre de mesures ont été prises pendant la période de référence pour assurer que l'installation de l'équipement et la mise à niveau des trois sites WestNet existants (Inuvik, Fort Smith et Yellowknife) sont terminées en 2001-2002. De plus, de nouveaux appareils ont été installés dans quatre collectivités (Deline, Fort Simpson, Hay River et Holman).

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les habitants des Territoires du Nord-Ouest ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Le Programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales permet aux résidents d'accéder aux services médicaux; le projet de télésanté a permis de faciliter l'accès aux services spécialisés des résidents de collectivités isolées.

5.4 Rémunération des médecins

Dans les Territoires du Nord-Ouest, la *Loi sur l'assurance-maladie* et le *Règlement sur les soins médicaux* régissent les paiements versés aux médecins. Les T.N.-O. utilisent deux modes de rémunération des médecins : le régime de la rémunération des services à l'acte et les accords contractuels. Bien que la majorité des médecins de famille qui étaient rémunérés selon le régime de la rémunération des services se soient retirés du régime de la rémunération des services à l'acte et aient conclu un accord contractuel avec les Territoires du Nord-Ouest, 10 pour cent des médecins généralistes ont conservé le régime de rémunération à l'acte.

La rémunération à l'acte des médecins est établie à la suite de négociations entre la *Northwest Territories Medical Association* et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le directeur de l'assurance-soins médicaux et ses représentants négocient au nom du Ministère, et la *Northwest Territories Medical Association* choisit, parmi ses membres, les personnes qui feront partie de l'équipe de négociation. Le barème d'honoraires des T.N.–O. et les contrats de spécialistes pour les spécialistes de l'autorité sanitaire territoriale de Stanton ont pris fin le 31 mars 2002. Le contrat d'emploi standard des médecins généralistes demeure en vigueur jusqu'au 31 mars 2003.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux hôpitaux sont effectués conformément aux accords de contribution conclus entre les conseils d'administration et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les sommes allouées aux termes des accords sont établies d'après les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service assuré par l'hôpital.

Les paiements versés aux établissements dispensant des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* ainsi que la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Aucune modification n'a été apportée au processus au

cours de l'exercice 2001-2002. Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest sont financés au moyen d'un budget global.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a rendu compte des fonds versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux du Canada dans des communiqués de presse et dans divers autres documents. Pour l'exercice 2001-2002, on y trouvait les documents suivants :

- le Discours budgétaire 2001-2002;
- le Budget principal des dépenses 2001-2002;
- les Comptes publics 2000-2001;
- les plans d'activités du ministère des Finances et du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la période de 2001 à 2004.

Le Budget principal des dépenses susmentionné représente le plan financier du GTNO et le gouvernement le présente chaque année à l'Assemblée législative.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et services de santé en établissement pour adultes

Les services d'aide à la vie autonome permettent de vivre dans un environnement familier avec un soutien accru et un niveau de supervision non disponible dans le contexte des services de soins à domicile. Les services actuels offerts dans ce domaine comprennent de l'aide à la vie autonome dans des appartements et des foyers de groupe, où les clients sont regroupés selon leurs besoins et vivent dans la plus grande autonomie possible. Les foyers collectifs, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins prolongés offrent en tout temps un soutien médical, physique ou mental plus complexe.

Les programmes et services offerts dans les collectivités des T.N.–O. peuvent comprendre : l'aide à la vie autonome; des foyers de groupe pour adultes; des établissements de soins de longue durée et des établissements de soins prolongés. Ces programmes et services sont en place là où c'est possible conformément à la politique d'établissement du ministère de la Santé et des Services sociaux, à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et au *Règlement sur les normes hospitalières*.

Le programme de soins à domicile des T.N.–O. permet d'offrir des services de soins à domicile efficaces, fiables et adaptés favorisant la vie autonome; d'élaborer des options de soins appropriées appuyant la vie communautaire et de faciliter l'accès aux soins institutionnels lorsque la vie autonome n'est plus une option viable. Les services de soins à domicile sont offerts par les autorités régionales de la santé et des services sociaux et comprennent une vaste gamme de services fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins de l'individu. Le programme de soins à domicile permet actuellement d'offrir des services dans les six régions suivantes : Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik, Deh Cho et Dogrib.

8.0 Renseignements supplémentaires

Le système de santé des services sociaux des T.N.–O. a été revu en profondeur au cours des quelques dernières années. Cet examen comprend l'apport du Comité spécial de l'Assemblée législative sur la santé et les services sociaux (1993), l'examen Med-Emerg (1997) et le Forum du ministre sur la santé et les services sociaux (2000). Au cours de la période couverte par le rapport, le ministre de la Santé et des Services sociaux a pris en considération les nombreuses recommandations présentées et, en

janvier 2002, le ministre a diffusé le plan d'action sur le système de santé et les services sociaux. On trouve un exemplaire du plan d'action ainsi que d'autres documents produits par le ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.–O. sur le site suivant :

www.hlthss.gov.nt.ca

De plus, on trouve les lois, les règlements et d'autres documents tels que le Budget principal des dépenses à l'adresse suivante :

www.gov.nt.ca

Nunavut

Introduction

Le territoire du Nunavut a été établi le 1er avril 1999. Sa superficie représente le cinquième de la masse continentale du Canada. On y recense vingt-six collectivités couvrant trois fuseaux horaires. Le Nunavut est divisé en trois régions : Baffin, Kivalliq et Kitikmeot, regroupant respectivement treize, huit et cinq collectivités. Selon les statistiques récentes, la population du Nunavut est de 26 745 personnes, ce qui représente une augmentation de 8,1 p. 100 par rapport au recensement de 1996. Les Inuits constituent la majorité de la population – soit 85 p. 100. Une petite communauté de francophones (de 4 à 6 p. 100 de la population) vit sur l'île de Baffin, principalement dans la capitale Iqaluit. De plus, le Nunavut compte un grand nombre de travailleurs migrants, dont des ouvriers qualifiés et d'autres travailleurs saisonniers provenant d'autres provinces et territoires.

Les lois régissant l'administration de la santé et des services sociaux au Nunavut sont issues des Territoires du Nord-Ouest et constituent les lois du Nunavut, en vertu de la *Nunavut Act* de 1999. Au cours des années à venir, le ministère de la Santé et des Services sociaux a l'intention d'examiner toutes les lois en vigueur afin de s'assurer de leur pertinence et de leur bien-fondé pour le gouvernement du Nunavut, comme l'exigent les objectifs du mandat Bathurst. Ce mandat expose le programme préconisé par le gouvernement en vue d'édifier des collectivités saines, de favoriser la simplicité et l'unité, l'autonomie et l'éducation permanente. On s'attend à ce que tous les ministères intègrent les valeurs inuites traditionnelles, qu'on appelle Qaujimajatuqangit, dans l'élaboration des politiques, la conception et la prestation des services.

La prestation des services de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins primaires. Il y a un centre de santé communautaire dans chacune des 25 collectivités et un hôpital régional à Iqaluit. Les principaux dispensateurs de soins de santé sont les infirmières praticiennes, à l'exception des sept médecins de l'hôpital d'Iqaluit, du médecin travaillant au centre de santé de Pond Inlet et du médecin en pratique privée à Iqaluit. Le Nunavut fait souvent appel à la Northern Medical Unit de l'Université du Manitoba, au Ottawa Health Services Network Inc. et au Stanton Regional Hospital à Yellowknife pour la majorité des services de médecins et de spécialistes.

La gestion et la prestation des services de santé au Nunavut ont été intégrées dans les activités globales du ministère de la Santé et des Services sociaux lorsque que les anciens conseils régionaux de santé (Baffin, Kitikmeot et Kivalliq) ont été dissous le 31 mars 2000. Les membres des anciens conseils sont alors devenus des employés du ministère. Le ministère a un bureau régional dans chacune des trois régions du territoire. Ces bureaux gèrent la prestation des services de santé à l'échelle régionale. On a continué de privilégier l'aide à la prestation des services de première ligne tout au long de ce regroupement.

En 2001-2002, le budget territorial pour la santé et les services sociaux s'élevait à 153 millions de dollars, dont environ 4,3 millions de dollars affectés aux immobilisations. Seul le ministère de l'Éducation dispose d'un budget plus important.

En 2000-2001, des services de télésanté ont été mis en œuvre dans cinq collectivités du Nunavut. En mars 2001, le ministère était informé que sa proposition dans le cadre du Programme de partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé était approuvée; permettant l'élargissement des services de télésanté à dix autres collectivités au cours des deux prochaines années. Les dix nouveaux établissements ont été sélectionnés en 2001-2002, et le projet de télésanté se déroule bien.

Le Nunavut a de nombreux besoins et des problèmes uniques en ce qui a trait à la santé et au bien-être de ses résidents. Environ le cinquième du budget du ministère est consacré aux voyages pour soins médicaux. En raison de la très faible densité démographique de ce vaste territoire et de l'infrastructure de santé limitée

(équipements et ressources humaines), l'accès à un éventail de services hospitaliers et de spécialistes oblige les résidents à se rendre à l'extérieur du territoire. On prévoit la construction d'un nouvel hôpital régional à Iqaluit et d'un nouvel établissement de santé régional à Rankin Inlet et à Cambridge Bay au cours des trois prochaines années. Cela permettra au Nunavut de renforcer ses capacités internes et d'étoffer la gamme de services qu'il est possible d'offrir dans le territoire.

L'incidence des maladies respiratoires comme la tuberculose demeure élevée. Malgré les activités énergiques de recrutement et de maintien en poste à l'échelle nationale et internationale, le Nunavut est toujours aux prises avec une grave pénurie d'infirmières. Le recrutement et le maintien en poste des autres professionnels de la santé, comme les travailleurs sociaux, les médecins et les physiothérapeutes, représentent aussi un défi.

Les activités de promotion et de prévention en matière de santé figurent en tête de liste des priorités du ministère. Ces activités comprennent notamment des stratégies de réduction du tabagisme, l'éducation publique sur les choix de vie sains et l'importance des aliments traditionnels.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé du Nunavut, qui couvrent notamment les services médicaux et hospitaliers, sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La *Medical Care Act* (T.N.-O.,1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act*, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. L'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de santé.

Par la *Dissolution Act* (Nunavut, 1999), les trois anciens conseils de santé et de services sociaux de Baffin, de Kitikmeot et de Kivalliq ont été dissous. Leurs activités ont été intégrées dans celles du ministère de la Santé et des Services sociaux le 1er avril 2000. Les centres régionaux ont été conservés afin d'appuyer les travailleurs de première ligne et la prestation d'un large éventail de services de santé et de services sociaux au niveau de la collectivité.

Aucune modification n'a été apportée aux lois en 2001-2002.

1.2 Liens hiérarchiques

Un directeur des soins médicaux est nommé en vertu de la *Medical Care Act* et voit à la gestion du régime d'assurance-santé du territoire. Il relève du ministère de la Santé et des Services publics et doit déposer chaque année un rapport annuel sur les activités du régime d'assurance-santé. Le ministère a déposé ses premiers rapports pour 1999-2000 et 2000-2001 devant l'Assemblée législative en février 2002. Nos présentations annuelles pour le rapport annuel sur la Loi canadienne de la santé servent de fondement à ces rapports en vertu de la *Medical Care Act*.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Financial Administration Act* (Nunavut, 1999). Son mandat est de vérifier les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le vérificateur général du Canada doit vérifier chaque année les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers sont offerts au Nunavut en vertu des articles 2 à 4 de l'*Hospital and Social Services Administration Act and Regulations*. Aucune modification n'a été apportée à la loi ou aux règlements en 2001-2002.

En 2001-2002, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 26 établissements situés sur l'ensemble du territoire, à savoir un hôpital général à Iqaluit et 25 centres de santé communautaires. Le Baffin Regional Hospital d'Iqaluit est le seul établissement de soins actifs au Nunavut offrant une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes tels qu'ils sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les centres de santé communautaires offrent des services de santé publique, des services aux malades externes et de salles d'urgence de même que certains services de nuit (observations). De plus, il existe un nombre limité de lits d'accouchement au Rankin Inlet Birthing Centre. Les services de santé publique sont donnés dans des cliniques de santé publique à Rankin Inlet et à Iqaluit.

Le ministère a la responsabilité de donner des autorisations, de délivrer les permis d'exercer, d'inspecter et de superviser tous les établissements de santé et de services sociaux du territoire.

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires;
- les médicaments ainsi que les préparations biologiques et connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie;
- l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils existent;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- les services donnés par des personnes rémunérées par l'hôpital;
- les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent :

- les examens de laboratoire et les radiographies, y compris les interprétations, quand ils sont requis par un médecin et effectués dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé;
- les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie et d'orthophonie fournis dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert par un hôpital agréé.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux ajoute des services assurés dans ses établissements d'après la disponibilité de l'équipement et des ressources adéquates et la faisabilité globale, conformément aux lignes directrices financières établies par le ministère et avec l'aval du conseil de gestion financière du Nunavut.

Aucun nouveau service n'a été ajouté en 2001-2002 à la liste des services hospitaliers assurés.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe (1) de l'article 3 de la *Medical Care Act* et l'article 3 des *Medical Care Regulations* prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la loi ni aux règlements en 2001-2002.

Les médecins en titre sont les seuls praticiens autorisés à fournir des services médicaux assurés au Nunavut. Le médecin doit être membre en règle d'un collège des médecins et chirurgiens et être autorisé à exercer au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère ce processus pour les médecins du territoire. Le Nunavut compte en tout neuf médecins (un qui exerce dans le privé, sept au Baffin Regional Hospital à Iqaluit et un au centre de santé de Pond Inlet), de même qu'un chirurgien travaillant au Baffin Regional Hospital qui fournit actuellement des services aux résidents du Nunavut. Les spécialistes en visite, les omnipraticiens et les médecins suppléants peuvent également fournir des services médicaux assurés par l'entremise d'accords conclus par chacune des trois régions du ministère. Au 31 mars 2002, il y avait en tout 148 médecins participant au régime d'assurance-santé.

Les médecins peuvent choisir de recevoir des honoraires autres que ceux que prévoit le régime d'assurance-santé, conformément à l'alinéa (a) ou (b) du paragraphe (2) de l'article 12 de la *Medical Care Act*, en avisant le directeur par écrit de cette décision. Ce choix peut être révoqué le premier jour du mois suivant, moyennant l'envoi d'une lettre à cet effet au directeur. En 2001-2002, aucun médecin n'a fait ce choix.

Les services médicaux assurés regroupent tous les services médicalement nécessaires donnés par des médecins. Lorsque les services assurés ne peuvent être fournis au Nunavut, le malade est envoyé dans une autre province ou un autre territoire afin qu'il puisse obtenir le service assuré.

L'ajout ou le retrait d'un service médical à la liste des services assurés nécessite l'approbation du gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-maladie participe aux négociations avec un groupe représentant les médecins afin de discuter du service en question, puis la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2001-2002, il n'y a eu aucun ajout ni retrait.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes fournissant des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime d'assurance-santé du territoire doivent détenir un permis d'exercer, conformément à la *Dental Professions Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act* 1999). Ils reçoivent des numéros à apposer aux factures présentées aux responsables du régime concernant la prestation de services dentaires assurés. En 2001-2002, trois chirurgiens stomatologistes ont reçu l'autorisation de facturer des services dentaires assurés au régime d'assurance-santé du Nunavut.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire qui figurent dans les règlements et qui nécessitent des ressources accessibles uniquement dans des hôpitaux pour être accomplis (p. ex., chirurgie pour corriger un prognathisme).

L'ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2001-2002.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Workers' Compensation Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act* 1999), ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services non assurés fournis par des médecins sont les suivants :

- les examens physiques annuels;
- les chirurgies esthétiques;
- les services considérés comme expérimentaux;
- les médicaments d'ordonnance;
- les examens physiques exécutés à la demande d'un tiers.

- les services d'optométrie;
- les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture;
- les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement qui n'offre pas de services de consultation externe assurés (hôpital).

Les services non assurés fournis en milieu hospitalier sont les suivants :

- les frais hospitaliers excédant le taux de l'hébergement en salle commune pour une chambre privée ou semi-privée;
- les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique;
- les services considérés comme expérimentaux;
- les frais d'ambulance (sauf pour les transferts entre les hôpitaux);
- les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- les services de réadaptation pour les alcooliques et les toxicomanes, sauf ceux pour lesquels une autorisation préalable a été consentie.

Le Baffin Regional Hospital facture 2 180,25 $ par jour pour les services fournis aux étrangers qui y séjournent.

Lorsque des résidents sont envoyés à l'extérieur du territoire pour y recevoir des services, le ministère s'inspire des politiques et des procédures de la province ou du territoire concerné lorsqu'il est question de fournir des services à des résidents du Nunavut qui peuvent entraîner des frais supplémentaires, mais seulement dans la mesure où ces coûts sont couverts par le régime d'assurance-santé du Nunavut (voir la section 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées séparément par la province ou le territoire concerné.

Le ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (SSNA) au nom de Santé Canada pour les résidents des Premières nations et les Inuits du Nunavut. Le SSNA couvrent une quote-part au titre des déplacements pour soins médicaux, de l'hébergement et des repas dans les pensions (à Ottawa, à Winnipeg, à Churchill, à Edmonton et à Yellowknife), les médicaments prescrits, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses, et un certain nombre d'autres services secondaires offerts aux Inuits et aux Premières nations.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité au régime d'assurance-santé du Nunavut est brièvement définie dans les paragraphes (1), (2) et (3) de l'article 3 de la *Medical Care Act*. Le ministère respecte également *l'Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité* et les lignes directrices internes. Aucune modification n'a été apportée aux lois ni à la réglementation en 2001-2002.

Aux termes de ces dispositions, tous les résidents du Nunavut sont admissibles à des services de santé assurés et y ont droit en vertu de modalités uniformes. La définition du mot « résident » est la suivante : personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et résidant habituellement au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans le territoire. Les demandes de participation au régime sont acceptées et des documents à l'appui sont exigés pour confirmer le statut de résident. Les résidents admissibles reçoivent une carte de santé comportant un numéro distinct.

La protection débute généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée dans le territoire, mais une couverture peut être accordée à partir du tout premier jour dans certaines circonstances (p. ex., nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). De plus, les résidents permanents (immigrants admis), les Canadiens de retour au pays, les résidents permanents de

retour au pays et les non-Canadiens à qui l'on a délivré un permis d'emploi pour une période de douze mois ou plus ont également droit à la couverture dès le tout premier jour.

Les membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles à l'inscription au régime. En vertu du régime d'assurance-santé du Nunavut, ces groupes ont droit à la protection au premier jour de leur libération.

Conformément à l'article 7 de l'*Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité*, les personnes au Nunavut qui sont temporairement absentes de leur province ou territoire d'origine et qui n'élisent pas domicile au Nunavut demeurent inscrites aux régimes de soins médicaux de leur province ou territoire d'origine pendant une durée maximale d'un an.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et des documents à l'appui. Une carte de santé est délivrée à chaque résident. Le Nunavut entreprendra un renouvellement progressif lorsque le nouveau système de facturation sera mis en place au cours du prochain exercice. Aucune prime n'est exigible. Même si la protection en vertu du régime d'assurance-santé du Nunavut est liée à la vérification de l'inscription, tous les efforts sont consentis pour que les résidents admissibles soient couverts lorsqu'ils ont besoin de la protection. Les non-résidents doivent posséder une carte de santé valide, délivrée par leur province ou territoire d'origine.

Au 31 mars 2002, environ 28 630 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-santé du Nunavut. Les statistiques sur la population du Nunavut, publiées par Statistique Canada, font état d'un certain nombre de « résidents temporaires », qui ne sont pas admissibles à la couverture en vertu du régime du territoire. Aucune disposition ne prévoit la possibilité aux résidents de pouvoir se retirer du régime d'assurance-santé.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens détenteurs de visas d'emploi ou de visas d'étudiant valides durant moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les détenteurs de permis ministériels (sauf exception) ne sont pas admissibles au régime. Lorsqu'une situation particulière se présente, une évaluation individuelle est effectuée, et ce, en conformité avec l'article 15 de *NWT's Guidelines for Health Care Plan Registration* adoptées par le Nunavut en 1999.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Conformément à l'article 3 de l'*Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité*, la résidence exigée pour la couverture des personnes qui déménagent à l'intérieur du Canada est de trois mois, ou le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans une nouvelle province ou un territoire ou le premier jour du troisième mois lorsqu'une personne qui a été temporairement absente de sa province ou de son territoire d'origine décide d'établir sa résidence permanente au Nunavut.

4.2 Couverture durant les absences temporaires (au Canada)

Le paragraphe (2) de l'article 4 de la *Medical Care Act* stipule que les services médicaux sont assurés lorsqu'ils sont fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. L'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act*, alinéas 5d) et 28(1)j) et o), donne au ministère l'autorité de conclure des accords avec d'autres provinces ou territoires concernant la prestation de services de santé aux résidents du Nunavut et d'établir les modalités de paiement. En 2001-2002, aucun changement n'a été apporté aux lois ni à la réglementation en ce qui a trait à la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les personnes qui étudient à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le ministère et fournir une preuve d'inscription pour s'assurer une couverture continue. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les

absences temporaires d'au plus un an pour le travail, des vacances ou d'autres raisons sont approuvées par le directeur moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences qui excèdent douze mois consécutifs moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la protection durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités de l'*Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité*, signée le 1er janvier 1998.

Le Nunavut participe à la facturation réciproque des médecins et des hôpitaux; des accords ont été conclus avec d'autres provinces et territoires (Ontario, Manitoba, Alberta et Territoires du Nord-Ouest) à cet effet.

Le paiement des services hospitaliers, assurés en vertu de l'entente provinciale/territoriale, fournis à l'extérieur du territoire à des malades hospitalisés ou externes admissibles qui habitent au Nunavut est accordé en vertu des accords de facturation réciproque des hôpitaux. Les coûts élevés de certains actes médicaux, les frais pour les accouchements et les coûts des consultations externes sont déterminés par le comité de coordination sur la facturation réciproque. Un accord spécial a été conclu entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Reposant sur une approche axée sur le financement global, cet accord permet au Stanton Hospital de Yellowknife de fournir des services aux résidents du Nunavut, à l'hôpital et par l'entremise de visites de spécialistes dans la région de Kitikmeot (Grand Nord).

Le paiement des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du territoire aux résidents du Nunavut admissibles est versé en vertu des accords de facturation réciproque. Le paiement est délivré à la province d'accueil aux taux établis par cette dernière.

En 2001-2002, les réclamations payées pour des services donnés dans des hôpitaux hors territoire s'élevaient à 9 206 864 $.

4.3 Couverture durant les absences temporaires (à l'étranger)

Le paragraphe (3) de l'article 4 de la *Medical Care Act* stipule que les services médicaux sont assurés lorsqu'ils sont fournis à l'extérieur du Canada. Les alinéas 28(1) (j) et (o) de l'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act* donne au ministre l'autorité d'établir les modalités de paiement pour des services fournis aux résidents du Nunavut à l'extérieur du Canada. Les personnes ont droit à une couverture durant une période maximale d'un an lorsqu'elles s'absentent temporairement du pays, peu importe la raison, mais doivent toutefois présenter un avis écrit au préalable. Lorsque les résidents sont renvoyés à l'extérieur du pays pour recevoir des services (actes hautement spécialisés qui ne peuvent être fournis ni au Nunavut ni ailleurs au Canada), le territoire assume la totalité des frais. Concernant les services non urgents ou qui n'ont pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement des frais hospitaliers s'établit à 1 396 $ par jour et à 110 $ par consultation externe. Aucun changement n'a été apporté à ces taux en 2001-2002.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles temporairement absents du pays sont payés à des taux équivalant à ceux qui sont payés pour les mêmes services dans le territoire. Le remboursement est effectué à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour la prestation de services facultatifs dans des établissements privés canadiens ou dans tout établissement situé à l'extérieur du pays.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 14 de la *Medical Care Act* interdit la surfacturation, sauf si le médecin a pris une décision à cet effet qui soit encore valide. L'accès aux services assurés repose sur des modalités uniformes. Pour régler les problèmes posés par la distance et les frais de déplacement, le gouvernement du Nunavut fournit une aide au déplacement pour des raisons médicales. Des services d'interprétation sont également offerts aux patients en milieu médical.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le Baffin Regional Hospital, situé à Iqaluit, est le seul établissement de soins actifs au Nunavut. Il dispose de 25 lits pour les services de soins actifs, de réadaptation, de soins palliatifs et de soins aux malades chroniques en 2001-2002. Son personnel compte 103 personnes, dont 7 médecins et 33 infirmières. L'établissement fournit des services aux malades hospitalisés et externes de même que des services d'urgence 24 heures par jour. Les médecins locaux fournissent des services d'urgence en rotation. Les services médicaux offerts comprennent les soins ambulatoires, les consultations externes, les services de soins intensifs, le traitement des problèmes respiratoires et cardio-vasculaire, les services d'obstétrique, les soins palliatifs, de même que le traitement des saignements gastro-intestinaux et de l'hypertension. Les services chirurgicaux sont offerts dans les domaines suivants : soins orthopédiques mineurs, gynécologie, pédiatrie, chirurgie abdominale générale, traumatismes (urgence) et oto-rhino-laryngologie. Les patients qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont renvoyés dans des centres à l'extérieur du territoire. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont limités à Iqaluit.

Le Nunavut a conclu des accords spéciaux avec des établissements d'Ottawa, de Toronto, de Churchill, de Winnipeg, d'Edmonton et de Yellowknife concernant la prestation de services assurés aux malades qui sont renvoyés dans ces villes.

Outre le Baffin Regional Hospital, des services de consultation externe et d'urgence 24 heures sur 24 sont offerts par les 25 centres de santé des communautés.

Même si la dotation en infirmières et autres professionnels de la santé n'a pas atteint les niveaux désirés, tous les services de base ont été fournis en 2001-2002. Le Nunavut cherche à accroître les ressources dans tous les secteurs.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Outre l'aide aux déplacements pour des raisons médicales et les initiatives en télésanté, le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre de régions ou d'établissements sanitaires afin de fournir des services médicaux et des services de spécialistes et d'autres professionnels de la santé en visite. Lorsque l'équipement et les services ne sont pas disponibles au Nunavut, les malades sont renvoyés dans des établissements à l'extérieur du territoire. En 2001-2002, 81 omnipraticiens et 67 spécialistes offraient des services au Nunavut.

Les services spécialisés suivants sont fournis dans le cadre du programme de visites de spécialistes : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, oto-rhino-laryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et chirurgie dentaire. Des cliniques de spécialistes en visite sont ouvertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

5.4 Rémunération des médecins

Il y a un médecin rémunéré à l'acte résidant au Nunavut. Étant donné que les médecins rémunérés à l'acte assument les dépenses d'un cabinet situé dans une communauté isolée, ils reçoivent 20 p. 100 de plus que les montants indiqués en annexe de la *Medical Care Act* (article 4). Les frais font l'objet de négociations entre le médecin et le ministère de la Santé et des Services sociaux, et ils sont établis en

fonction des normes des Territoires du Nord-Ouest. Les autres médecins travaillent sous contrat en fonction d'un taux quotidien de leurs marchés ou sont salariés. Les spécialistes en visite sont payés à un taux quotidien, d'après les modalités de leurs marchés.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement du Baffin Regional Hospital et des 25 centres de santé communautaires s'inscrit dans le budget du ministère, au titre des activités régionales. Aucun paiement n'est versé directement aux hôpitaux ni aux centres de santé communautaires.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La reconnaissance sera accordée cette année lorsque le directeur des soins médicaux présentera le rapport annuel pour 2001-2002 au ministère. Ce rapport sera déposé à l'Assemblée législative au début de 2003.

7.0 Services complémentaires de santé

Le programme de soins à domicile aide les résidents du Nunavut qui ne sont pas pleinement en mesure de prendre soin d'eux-mêmes à la maison. Un service de visites communautaires favorise l'autonomie et soutient l'engagement des membres de la famille et de la communauté, de façon à permettre aux personnes de demeurer à leur domicile en toute sécurité. Les services comprennent l'aide à l'entretien ménager de base, la préparation des repas et l'aide à la vie quotidienne.

Des soins intermédiaires sont offerts à la St. Theresa's Home à Chesterfield Inlet. L'établissement fournit des soins 24 heures sur 24 et est doté d'un personnel professionnel et paraprofessionnel complet. Il fournit des services de soins infirmiers entre 7 h et 19 h. Après ces heures, seuls les services de soins personnels sont donnés. Les consultations médicales offertes après les heures de travail le sont par le centre de santé communautaire.

Les services de soins infirmiers à domicile sont offerts dans les foyers pour personnes âgées d'Iqaluit et d'Arviat. Ces établissements fournissent le niveau le plus élevé de soins de longue durée au Nunavut, des services de soins complémentaires aux malades chroniques aux services de soins actifs (niveaux 4 et 5). Les malades nécessitant des soins actifs sont transférés à l'hôpital le plus près.

L'utilisation des services de télésanté représente une étape importante dans l'amélioration de l'accès aux services hospitaliers, médicaux, sanitaires et sociaux au Nunavut. Des projets pilotes sont en cours dans cinq communautés. Jusqu'à maintenant, la télésanté a été utilisée pour le counselling en santé mentale, les visites familiales et les visites prénatales et postnatales. Le but à long terme est d'intégrer la télésanté au système de prestation de soins primaires et de faciliter l'accès à une gamme plus vaste d'options de services pour les résidents, les fournisseurs et les collectivités, de même que d'utiliser les ressources en place plus efficacement. La proposition approuvée dans le cadre du Programme de partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé permettra au Nunavut d'étendre les services de télésanté à dix autres communautés.

Annexe A – Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

Introduction

Le but de la présente annexe est de placer en contexte l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et d'offrir une perspective nationale sur les tendances qu'affichent la prestation et le financement des services de santé assurés visés par la Loi.

L'annexe renferme des données statistiques sur les coûts et l'utilisation des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés pour chaque province et territoire pour cinq exercices consécutifs (se terminant le 31 mars) : 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002.

Toute l'information a été transmise par des fonctionnaires provinciaux ou territoriaux. En vue d'assurer la cohérence des rapports, Santé Canada a fourni aux gouvernements provinciaux et territoriaux un guide de l'utilisateur exposant la manière de transmettre l'information. Le guide de l'utilisateur a été préparé en consultation avec des représentants de chaque province et territoire.

Bien que nous nous soyons efforcés de saisir les données de façon uniforme, des différences existent quant à la façon que les provinces et les territoires ont de transmettre les données sur leurs programmes et services de soins de santé. Il faut donc éviter de comparer les provinces et les territoires.

Les données présentées dans l'annexe statistique sont transmises par les autorités gouvernementales provinciales et territoriales dans un esprit de collaboration. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsable de la qualité des données fournies. Cette année, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec a choisi de ne pas soumettre de renseignements pour cette annexe de statistiques.

Pour un exposé plus détaillé de certaines des données contenues dans les tableaux, veuillez consulter le chapitre 3 de la présente publication, intitulé *Les Régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires en 2001-2002*.

Organisation de l'information

Pour chaque province et territoire, l'information est organisée en fonction des huit sous-catégories décrites ci-après. Dans certains cas, les données n'étaient pas encore disponibles avant publication, et on a fourni des estimations. Dans d'autres cas, aucune information n'était disponible ou, encore, les statistiques demandées ne s'appliquaient pas à une province ou à un territoire particulier.

Inscrits

Les statistiques présentées dans cette section concernent le nombre de résidents inscrits au régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. Ces estimations peuvent être évaluées en rapport avec le critère d'universalité de la *Loi canadienne sur la santé* pour aider les Canadiens et Canadiennes, les gouvernements et les intervenants à examiner dans quelle mesure les résidents des provinces et des territoires ont souscrit au régime ou ont choisi de ne pas participer au régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire

Les statistiques présentées dans les sections 2 à 13 concernent la fourniture de services hospitaliers assurés dans chaque province ou territoire, à ses résidents et à des visiteurs provenant d'autres provinces ou territoires.

Les détails portent sur le nombre d'établissements par type de soins fournis, le nombre de lits, le nombre de radiations, la durée moyenne de séjour, les paiements totaux par catégorie de soins offerts dans la province ou le territoire, le coût moyen par visite et par type de soins, le nombre d'établissements privés à but lucratif et le nombre de paiements à ces derniers.

Ces statistiques sont recueillies et présentées pour fournir un aperçu et une compréhension sur la manière dont le régime d'assurance-santé répond à la condition d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services hospitaliers assurés.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou territoire (au Canada)

Cette section présente les statistiques concernant les services hospitaliers assurés qui sont fournis à l'extérieur de la province ou du territoire d'origine d'une personne qui voyage dans d'autres parties du Canada et qui sont payés par cette province ou ce territoire. L'information rapportée comprend le nombre total de demandes de paiement pour des services médicaux assurés fournis dans une autre province ou territoire, les paiements totaux effectués et le taux de paiement moyen.

Ces statistiques peuvent aider le ministre fédéral de la Santé à évaluer la conformité provinciale et territoriale aux dispositions de transférabilité à l'intérieur du pays, qui figurent à l'alinéa 11(b)(i) de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services hospitaliers assurés.

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger

Les services hospitaliers fournis à l'extérieur du pays représentent la portion des coûts d'hospitalisation d'une personne qui voyage à l'extérieur du Canada qui est payée par sa province ou son territoire d'origine. Les statistiques présentées dans cette section sont les mêmes que celles qui ont trait aux services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province ou du territoire.

Ces statistiques peuvent aider les Canadiens et Canadiennes et le ministre fédéral de la Santé à évaluer la conformité provinciale et territoriale aux dispositions de transférabilité à l'extérieur du pays, qui figurent à l'alinéa 11(b)(ii) de la *Loi canadienne sur la Santé*, pour ce qui est des services hospitaliers assurés.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire

L'information fournie dans cette section décrit les services de chirurgie dentaire assurés fournis dans chaque province et territoire. Elle comprend le nombre de professionnels participants (dentistes, chirurgiens-dentistes et chirurgiens stomatologistes), le nombre de services fournis, les paiements totaux effectués au cours de l'exercice et le paiement moyen par service.

Ces statistiques se rapportent principalement à l'évaluation de la conformité d'une province ou d'un territoire à la condition d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la Santé*, pour ce qui est des services de chirurgie dentaire assurés.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

Les statistiques présentées dans cette section concernent les services médicaux assurés fournis aux résidents de chaque province ou territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Les détails portent sur le nombre de médecins participant au régime d'assurance-santé provincial ou territorial, le nombre de médecins non participants ou ayant opté pour le retrait du régime, le nombre de services assurés fournis, les paiements totaux effectués aux médecins par catégorie de médecins et par catégorie de services et le taux de paiement moyen par service médical assuré.

Ces statistiques se rapportent principalement à l'évaluation de la conformité d'une province ou d'un territoire à la condition d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la Santé*, pour ce qui est des services médicaux assurés.

Services médicaux assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)

Cette section concerne les services médicaux qui sont payés par une province ou territoire à une autre province ou territoire pour ses résidents en voyage. Les statistiques portent notamment sur le nombre de services payés, les paiements totaux effectués et le taux de paiement moyen par service.

Ces statistiques peuvent aider le ministre fédéral de la Santé à évaluer la conformité provinciale et territoriale aux dispositions de transférabilité au pays, qui figurent à l'alinéa 11(b)(i) de la *Loi canadienne sur la Santé*, pour ce qui est des services médicaux assurés.

Services médicaux assurés rendus à l'étranger

Les services médicaux fournis à l'extérieur du pays représentent la portion des coûts des soins médicaux fournis à une personne qui voyage à l'extérieur du Canada et qui sont payés par sa province ou son territoire d'origine. Les statistiques présentées dans cette section sont les mêmes que celles qui ont trait aux services médicaux fournis à l'extérieur de la province ou du territoire.

Ces statistiques peuvent aider les Canadiens et Canadiennes et le ministre fédéral de la Santé à évaluer la conformité provinciale et territoriale aux dispositions de transférabilité à l'extérieur du pays, qui figurent à l'alinéa 11(b)(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services médicaux assurés.

Terre-Neuve et Labrador

Personnes inscrites						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars	(#)	635 835 [1]	622 744	618 118 [2]	616 944 [3]	565 000 [4]

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. soins actifs		33	33	33	32	32
b. soins de longue durée		0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation		0	0	0	0	0
d. services diagnostiques aux malades externes		0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		0	0	0	0	0
f. autres		0	0	0	0	0
g. nombre total d'établissements		33	33	33	32	32
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		1 842	1 814	1 807	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation		38	62	57	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		0	0	0	0	0
e. autres		0	0	0	0	0
f. nombre total de lits dotés en personnel		1 880	1 876	1 864	non disponible	non disponible
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		1 842	1 814	1 807	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation		38	62	57	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		0	0	0	0	0
e. autres		0	0	0	0	0
f. nombre total de lits approuvés		1 880	1 876	1 864	non disponible	non disponible

[1] Les données datent du 31 décembre 1997.

[2] Les données datent du 1er mars 2000.

[3] Les données datent du 11 avril 2001.

[4] Les données datent du 30 avril 2002.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	67 385	68 729	66 828	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	54	227	272	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. en attente d'un autre type de soins	0	0	0	0	0
g. nouveau-nés	0	0	0	0	0
h. autres	0	0	0	0	0
i. nombre total de radiations	67 439	68 956	67 100	non disponible	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	7,90	7,50	7,40	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. nouveau-nés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : ($)					
a. soins actifs	441 408 824 [5]	457 065 782 [5]	509 018 766 [5]	537 428 824 [5]	619 884 087 [5]
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	0	0	0	0	0
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	441 408 824 [5]	457 065 782 [5]	509 018 766 [5]	537 428 824 [5]	619 884 087 [5]

[5] Comprend les dépenses d'exploitation seulement. Les paiements représentent les transferts du régime provincial de santé aux conseils régionaux de soins de santé dans le but de fournir des services des soins actifs assurés.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	675.00 [1]	690.00 [1]	690.00 [1]	705.00 [1]	725.00 [1]
b. soins de longue durée	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
c. soins de réadaptation	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
d. autres	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	1	1	1	1	1

[1] Il s'agit du tarif pour un résident canadien assuré.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		0	0	0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés		53 808	212 990	387 030	270 750	338 200
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		0	0	0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		53 808	212 990	387 030	270 750	338 200

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#)	1 970	1 828	1 549	1 699	1 681
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#)	28 293	28 739	25 546	24 829	26 155
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	11 286 130	12 037 091	10 144 354	10 608 388	10 312 515
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	2 656 772	3 316 482	3 138 582	3 047 376	3 213 978

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada)	($)	5 729.00	6 592.00	6 549.00	6 244.00	6 135.00
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada)	($)	101.00	115.00	123.00	122.00	123.00

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	(#)	39	42	73	111	62
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	(#)	374	383	260	287	258
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	161 364	503 043	198 072	1 102 540	123 682
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	38 985	56 614	15 626	36 260	22 967
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	4 137.00	4 997.00	2 713.00	9 933.00	1 995.00
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	104.00	156.00	60.00	126.00	87.00

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé (#)	25	30	35	35	28
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants (#)	10 000	10 000	9 000	11 000	10 000
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés ($)	309 000	374 000	354 000	369 000	439 000
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés ($)	32.46	38.34	38.73	35.06	39.82

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins (#) [1]					
a. omnipraticiens	non disponible	non disponible	432 [2]	437 [2]	448 [2]
b. spécialistes	non disponible	non disponible	480 [2]	485 [2]	504 [2]
c. autres	non disponible	non disponible	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	non disponible	non disponible	912 [2]	922 [2]	952 [2]
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0

[1] Exclut les médecins qui ne pratiquent plus.

[2] Total des médecins salariés et rémunérés à l'acte.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) (4)					
a. omnipraticiens	2 623 000	2 671 000	2 469 000	2 340 000	2 283 000
b. spécialistes	2 407 000	2 440 000	2 443 000	2 318 000	2 218 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	5 030 000	4 911 000	4 912 000	4 657 000	4 481 000
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services (4)					
a. services médicaux	3 185 000	3 107 000	3 104 000	2 979 000	2 728 000
b. services de chirurgie	497 000	497 000	468 000	433 000	398 000
c. services diagnostiques	1 348 000	1 317 000	1 381 000	1 346 000	1 355 000
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	5 030 000	4 911 000	4 912 000	4 657 000	4 481 000
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins (5)					
a. omnipraticiens	40 956 000	41 521 000	42 429 000	43 251 000	42 751 000
b. spécialistes	67 314 000	71 640 000	72 780 000	73 239 000	75 177 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	108 270 000	113 161 000	115 209 000	116 490 000	117 928 000
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services (5)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	72 500	71 967	non disponible
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	10 923	10 634	non disponible
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	31 786	33 670	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	108 270 000	113 161 000	115 209 000	116 490 000	117 928 000
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins (5)					
a. omnipraticiens	15.61	16.83	17.05	18.49	18.89
b. spécialistes	27.97	29.38	29.79	31.60	33.90
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. paiement moyen pour tous les médecins	21.52	23.04	23.36	25.01	26.32

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
e. paiement moyen pour tous les services		21,52	23,04	23,36	25,01	26,30

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	163 000	171 000	161 000	173 000	143 000
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	4 346 000	4 241 000	4 327 000	4 562 000	4 082 000
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	26,60	24,77	26,41	26,35	28,56

Services médicaux assurés rendus à l'étranger		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	4 000	4 000	4 000	6 000	4 000
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	94 000	65 000	107 000	424 000	67 000
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	22,41	17,25	19,61	70,16	16,37

Île-du-Prince-Édouard

Personnes inscrites						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars.	(#)	126 124	130 004	134 006	138 205	140 001

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. soins actifs		7	7	7	7	7
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. nombre total d'établissements		7	7	7	7	7
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		470	470	470	470	479
b. soins de longue durée		57	57	57	57	57
c. soins de réadaptation		20	20	20	20	20
d. services diagnostiques aux malades externes		19	19	19	19	19
e. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits dotés en personnel		566	566	566	566	575
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		470	470	470	470	479
b. soins de longue durée		57	57	57	57	57
c. soins de réadaptation		20	20	20	20	20
d. services diagnostiques aux malades externes		19	19	19	19	19
e. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits approuvés		566	566	566	566	575

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	18 626	18 644	17 796	18 280	16 409
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [1]
c. soins de réadaptation	347	377	360	329	336
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [1]
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	5 911	6 250	6 186	non disponible	non disponible [1]
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible	non disponible	non disponible	267	274
g. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	1 363	1 356
h. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
i. nombre total de radiations	24 884	25 271	24 342	20 239	18 375
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	8,10	7,90	8,40	8,20	8,10
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [1]
c. soins de réadaptation	19,00	19,00	18,00	20,00	13,00
d. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	4,00
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : ($)					
a. soins actifs	94 800 000	101 600 000	104 000 000	106 774 200	109 128 000
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	900
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	94 800 000	101 600 000	104 000 000	106 774 200	109 128 900

[1] Données non disponibles, les autorités sanitaires régionales ne les ayant pas fournies au Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	628,35	689,81	695,72	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [2]
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [2]
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [2]
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [2]
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

[2] Les paiements aux établissement couvrent indistinctement les services hospitaliers et les services de consultation externe.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#)	1 904	2 279	1 812	non disponible [3]	2 220
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#)	13 341	16 457	14 428	non disponible [3]	17 572
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	11 300 000	12 300 000	10 600 000	non disponible [3]	9 417 000
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	1 700 000	2 600 000	2 300 000	non disponible [3]	2 930 100

[3] Le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont changé leurs systèmes. Les données sur les services rendus hors province et à l'étranger ne sont pas disponibles pour l'année financière 2000-2001.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	5 935,00	5 397,00	5 850,00	non disponible [3]	4 242,00
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	127,00	158,00	160,00	non disponible [3]	167,00

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	(#)	48	27	21	non disponible [3]	26
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	(#)	211	102	106	non disponible [3]	85
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)	119 400	50 100	53 800	non disponible [3]	123 127
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)	76 600	11 700	21 700	non disponible [3]	13 702
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)	2 488,00	1 856,00	2 561,00	non disponible [3]	4 736,00
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)	363,00	115,00	205,00	non disponible [3]	161,00

[3] Le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont changé leurs systèmes. Les données sur les services rendus hors province et à l'étranger ne sont pas disponibles pour l'année financière 2000-2001.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	1	2	2	2	2
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	411	400	176	145	176
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)	50 200	52 700	37 600	53 100	60 989
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)	122,00	132,00	214,00	366,00	347,00

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	97	98	99	101	101
b. spécialistes	75	72	74	75	75
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	172	170	173	176	176
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	834 740	869 320	848 816	861 112	816 197
b. spécialistes	394 912	422 483	415 130	409 917	358 600
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 229 652	1 291 803	1 263 946	1 271 029	1 174 797
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	141 594	158 836	154 930	152 796	107 683
b. services de chirurgie	138 667	146 186	144 947	143 940	140 020
c. services diagnostiques	114 651	117 461	115 253	113 181	110 897
d. autres	834 740	869 320	848 816	861 112	816 197 [4]
e. total	1 229 652	1 291 803	1 263 946	1 271 029	1 174 797
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	14 800 000	15 000 000	15 700 000	15 800 000	16 588 900
b. spécialistes	15 600 000	16 200 000	17 100 000	17 200 000	15 559 600
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	30 400 000	31 200 000	32 800 000	33 000 000	32 148 500
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ($)					
a. services médicaux	5 900 000	6 200 000	6 600 000	6 500 000	5 061 000
b. services de chirurgie	8 000 000	8 300 000	8 800 000	8 900 000	8 703 600
c. services diagnostiques	1 700 000	1 700 000	1 700 000	1 800 000	1 795 000
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	15 800 000	16 588 900 [4]
e. total	30 400 000	31 200 000	32 800 000	33 000 000	32 148 500
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	18,00	17,00	18,00	18,00	20,00
b. spécialistes	40,00	38,00	41,00	42,00	43,00
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. paiement moyen pour tous les médecins	25,00	24,00	26,00	26,00	27,00

[4] Comprend des médecins omnipracticiens.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		42,00	39,00	43,00	43,00	47,00
b. services de chirurgie		58,00	57,00	61,00	62,00	62,00
c. services diagnostiques		15,00	15,00	15,00	15,00	16,00
d. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	20,00
e. paiement moyen pour tous les services		25,00	24,00	26,00	26,00	27,00

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	58 667	56 192	56 084	non disponible [3]	67 435
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	2 780 000	3 090 000	3 080 000	non disponible [3]	3 871 900
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	47,00	55,00	55,00	non disponible [3]	57,00

Services médicaux assurés rendus à l'étranger		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	1 242	807	666	non disponible [3]	677
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	52 874	25 495	38 274	non disponible [3]	33 995
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	42,00	31,00	57,00	non disponible [3]	50,00

[3] Le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont changé leurs systèmes. Les données sur les services rendus hors province et à l'étranger ne sont pas disponibles pour l'année financière 2000-2001.

Nouvelle-Écosse

Personnes inscrites						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars.	(#)	933 324	937 587	944 487	948 369	950 525

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. soins actifs		35	35	35	35	35
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. nombre total d'établissements		35	35	35	35	35
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		3 214 [1]	3 221 [1]	3 117 [1]	3 089 [1]	2 982 [1]
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits dotés en personnel		3 214	3 221	3 117	3 089	2 982
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits approuvés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

[1] Comprend les soins de réadaptation.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	108 536	106 954	104 509	98 209	93 878
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	928 [2]	846 [2]	778 [2]	782 [2]	827 [2]
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	86 014	89 046	93 700	96 832	96 797
f. en attente d'un autre type de soins	1 422	1 690	2 002	2 064	2 161
g. nouveau-nés	9 951	9 675	9 607	9 038	8 893
h. autres	non disponible	133	135	150	155
i. nombre total de radiations	205 429 [3]	208 921 [3]	208 584 [3]	204 871 [3]	200 395 [3]
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	8.23	7.93	8.29	8.61	8.50
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	42.50	42.00	43.30	47.20	42.90
d. nouveau-nés	3.67	3.68	3.69	3.80	3.70
e. autres	non disponible	125.00	159.41	147.08	111.90
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : [4] ($)					
a. soins actifs	701 208 000	795 946 000	812 776 800	877 019 426	926 797 569
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	701 208 000	795 946 000	812 776 800	877 019 426	926 797 569

2 Soins de niveau type 4.

3 Exclut les radiations avec jours en attente d'un autre type de soins et nouveau-nés.

4 Les $ sont versés aux établissements de soins actifs et aux ASD seulement.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	435,85	391,55	391,55	391,55	643,00
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	89,00 [1]	110,00 [1]	110,00 [1]	110,00 [1]	242,00 [1]
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	3 413,12	3 853,90	3 896,19	4 354,29	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	1	1	1	1	1

[1] Tarif national normalisé pour les services pour malades externes

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		150	154	120	109	81
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés		18 271	19 572	15 677	14 627	10 926
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada)	(#)	2 331	2 395	2 382	2 520	2 050
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada)	(#)	29 165	29 927	30 086	32 859	30 749
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada)	($)	8 864 423	10 395 116	10 499 281	9 961 995	8 536 691
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada)	($)	3 038 860	3 770 080	3 772 315	4 171 385	4 009 667

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada)	($)	3 882,84	4 340,34	4 407,75	3 953,17	4 115,45
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada)	($)	104,20	125,98	125,38	138,94	138,39

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	(#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	(#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	351 689	959 642	1 053 577	736 104	1 030 023
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé.	(#)	53	54	55	39	35
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants.	(#)	15 549	16 909	17 525	6 853	4 497
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	1 515 311	1 726 646	1 467 485	998 692	884 506
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	97,45	102,11	83,74	144,27	196,69

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		non disponible	non disponible	829	920	865
b. spécialistes		non disponible	non disponible	1 102	1 067	1 128
c. autres		0	0	0	0	10
d. total		1 836	1 853	1 931	1 987	2 003
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		0	0	0	0	0
b. spécialistes		0	0	0	0	0
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		0	0	0	0	0
b. spécialistes		0	0	0	0	0
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	4 443 772	4 334 359	4 619 083	4 498 232	4 521 991
b. spécialistes	1 854 669	1 794 146	1 606 842	1 645 535	1 650 685
c. autres	0	0	0	3 951	2 999
d. total	6 298 441	6 128 505	6 225 925	6 147 718	6 175 675
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : [7] (#)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	8 386 447	8 486 514	8 860 045	8 839 088	8 913 220
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : [6] ($)					
a. omnipraticiens	91 782 118	91 620 190	104 587 110	102 332 556	102 555 964
b. spécialistes	115 725 195	118 656 216	112 250 617	117 891 477	118 414 434
c. autres	0	0	0	175 890	162 779
d. total	207 507 313	210 276 406	216 837 727	220 399 923	221 133 176
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : [6,7] ($)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	239 036 017	244 049 190
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	non disponible	77 328 861	80 867 051
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	non disponible	25 385 064	26 262 276
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	7 287 248	8 015 345
e. total	296 138 155	317 320 281	350 091 235	349 037 190	359 193 862
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	20,65	21,14	22,64	22,75	22,68
b. spécialistes	62,40	66,14	69,86	71,64	71,74
c. autres	0,00	0,00	0,00	44,52	54,28
d. paiement moyen pour tous les médecins	32,95	34,31	34,83	35,85	35,81

[6] À cause de différences méthodologiques, il est possible qu'il y ait des écarts entre les données présentées ici et les tableaux statistiques annuels de la Nouvelle-Écosse.

[7] Paiement à l'acte + programmes financés autrement.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : [7]	($)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. paiement moyen pour tous les services		35,31	35,39	39,51	39,51	40,30

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	non disponible	non disponible	non disponible	180 299	179 833
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	non disponible	non disponible	non disponible	4 766 189	5 078 794
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	non disponible	non disponible	non disponible	26,43	28,24

Services médicaux assurés rendus à l'étranger		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	non disponible	non disponible	non disponible	2 541	2 421
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	non disponible	non disponible	non disponible	98 461	109 484
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	non disponible	non disponible	non disponible	38,75	45,22

[7] Paiement à l'acte + programmes financés autrement.

Nouveau-Brunswick

Personnes inscrites					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars (#)	742 218	735 510	739 336	738 598	737 299

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	31	31	31	31	31
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	0	0	0	0	0
g. nombre total d'établissements	32	32	32	32	32
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	3 036	3 036	3 036	3 036	3 036
b. soins de longue durée	397	397	397	397	397
c. soins de réadaptation	20	20	20	20	20
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. autres	0	0	0	0	0
f. nombre total de lits approuvés	3 453	3 453	3 453	3 453	3 453

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	110 865	109 542	108 353	102 465	102 465
b. soins de longue durée	2 280	2 398	2 281	1 887	1 887
c. soins de réadaptation	457	411	444	465	465
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	44 597	42 962	46 287	46 345	46 345
f. en attente d'un autre type de soins	246	307	308	342	342
g. nouveau-nés	8 050	7 939	7 778	7 455	7 455
h. autres	0	0	0	0	0
i. nombre total de radiations	160 495	163 559	165 451	158 959	158 959
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	6,60	6,80	6,80	7,10	7,10
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	39,10	47,30	41,30	41,20	41,20
d. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	629 964 593	639 764 216	674 487 768	non disponible	non disponible

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#)	3,566 pts / 24,993 jours	3,768 pts / 24,915 jours	3,900 pts / 25,655 jours	4,130 pts / 26,572 jours	3,796 pts / 23,342 jours
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#)	31 684	36 081	32 796	35 834	36 687
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	21 515 090	21 863 730	22 473 974	21 561 907	19 110 500
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	3 295 272	4 374 860	4 235 429	4 702 219	5 261 500

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	860,84	877,53	876,01	811,45	818,72
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	104,00	121,25	129,14	131,22	143,42

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	(#)	190 pts / 788 jours	145 pts / 661 jours	212 pts / 1,691 jours	166 pts / 1,096 jours	148 pts / 1,447 jours
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	(#)	881	395	524	639	1 003
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)	385 548	150 403	487 760	458 759	440 088
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)	101 585	85 443	105 783	180 712	133 360
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)	489,27	227,54	288,44	418,58	304,14
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)	115,31	216,31	201,88	282,80	132,96

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	14	17	12	16	12
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	632	790	751	1 004	1 010
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)	119 524	132 577	136 491	189 777	186 944
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)	189,12	167,82	181,75	189,02	185,09

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	581	619	629	645	689
b. spécialistes	682	709	721	710	799
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	1 263	1 328	1 350	1 355	1 488
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :	(#)					
a. omnipraticiens		3 625 877	3 692 566	3 721 782	3 668 781	3 611 747
b. spécialistes		2 479 186	2 551 663	2 612 744	2 590 346	1 549 622 [1]
c. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total		6 105 063	6 244 229	6 334 526	6 259 127	5 161 369
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services :	(#)					
a. services médicaux		686 896	729 803	739 911	728 947	723 280
b. services de chirurgie		827 458	828 626	852 725	839 980	826 342
c. services diagnostiques		964 832 [2]	993 234 [2]	1 020 108 [2]	1 021 419 [2]	non disponible
d. autres		3 625 877	3 692 566	3 721 782	3 668 781	3 611 747
e. total		6 105 063	6 244 229	6 334 526	5 237 708	5 161 369
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins :	($)					
a. omnipraticiens		74 575 504	77 851 628	77 958 130	78 139 070	85 584 720
b. spécialistes		100 834 441	104 752 866	111 554 173	111 224 207	96 145 451
c. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total		175 409 945	182 604 494	189 512 303	189 363 277	181 730 171
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		37 548 393	40 384 442	41 795 791	41 068 744	44 041 949
b. services de chirurgie		46 574 724	46 871 179	48 732 272	47 840 045	52 103 502
c. services diagnostiques		16 711 324 [2]	17 497 245 [2]	21 026 109 [2]	22 315 418 [2]	non disponible [2]
d. autres		74 575 504 [3]	77 851 628 [3]	77 958 130 [3]	78 139 070 [3]	85 584 720 [3]
e. total		175 409 945	182 604 494	189 512 302	189 363 277	181 730 171
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :	($)					
a. omnipraticiens		20,57	21,08	20,95	21,30	23,70
b. spécialistes		40,67	41,05	42,70	42,94	62,04
c. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. paiement moyen pour tous les médecins		28,73	29,24	29,92	30,25	35,21

[1] Les données en radiologie sont incomplètes pour l'année fiscale 2001-2002 donc, ne sont pas comprises pour le moment.

[2] Radiologie seulement.

[3] Comprend les omnipraticiens.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		54,66	55,34	56,49	56,34	60,89
b. services de chirurgie		56,29	56,56	57,15	58,95	63,05
c. services diagnostiques		17,32 [2]	17,62 [2]	20,61 [2]	21,85 [2]	non disponible [2]
d. autres		20,57 [3]	21,08 [3]	20,95 [3]	21,30 [3]	23,70 [3]
e. paiement moyen pour tous les services		28,73	29,24	29,92	36,15	35,21

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	153 230	140 375	137 950	141 014	136 353
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	6 186 476	5 684 969	6 050 729	6 280 048	8 257 500
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	40,37	40,50	43,86	44,53	60,56

Services médicaux assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	7 283	3 835	4 554	4 202	4 220
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	366 986	223 068	358 128	362 984	332 600
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	50,39	98,17	78,20	86,39	78,82

[2] Radiologie seulement.

[3] Comprend les omnipraticiens.

Ontario

Personnes inscrites		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. [1]	(#)	11,2 M [2]	11,3 M [2]	11,4 M [2]	11,7 M [2]	11,8 M [2]

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. soins actifs		179	157	154	150	139
b. soins de longue durée		20	22	12	11	11
c. soins de réadaptation		6	5	4	4	4
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]
f. autres		4	4	3	3	3
g. nombre total d'établissements		non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		24 505	23 872	24 254	25 008	24 233
b. soins de longue durée		8 149	7 787	7 505	7 455	7 389
c. soins de réadaptation		1 815	1 822	1 975	2 137	2 270
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]
e. autres		non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]
f. nombre total de lits dotés en personnel		non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]
b. soins de longue durée		non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]
c. soins de réadaptation		non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]
e. autres		non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]
f. nombre total de lits approuvés		non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]

[1] Il s'agit du nombre estimatif de personnes inscrites au régime d'assurance-maladie de l'Ontario et détenant un numéro d'assurance-maladie valide et actif au 31 décembre 2001. Les données du 31 mars 2002 ne sont pas disponibles.

[2] M = millions.

[3] L'Ontario ne possède pas d'établissements dans ces catégories. Ces types d'établissements sont privés et tous les services assurés sont couverts par la province.

[4] Pour les chirurgies d'un jour, le nombre de cas est recensé mais pas le nombre de civières. Cependant, les unités de soins actifs, de longue durée et de réadaptation recensent le nombre de lits et les radiations.

[5] Le total n'est pas disponible puisque certaines des données de la liste ne le sont pas non plus.

[6] Les chiffres concernant les autres types de lits ne sont pas fournis séparément; ils sont intégrés dans les rapports sur les lits pour soins actifs, soins prolongés et soins de réadaptation.

[7] Non disponible - Il n'y a pas de fichier central pour ce type de données.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (#) :					
a. soins actifs	1 041 004	1 131 333	1 087 464	1 004 042	1 011 283
b. soins de longue durée	18 426	17 165	18 943	19 777	20 432
c. soins de réadaptation	18 513	188 985	20 837	20 236	27 004
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	879 826	896 833	943 045	983 916	1 012 618
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]
g. nouveau-nés	137 114	134 505	134 138	130 662	134 475
h. autres	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]
i. nombre total de radiations	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (# de jours) :					
a. soins actifs	6.44 [9]	6.52 [9]	6.59 [9]	6.95 [9]	7.50 [9]
b. soins de longue durée	140.79 [9]	129.10 [9]	128.87 [9]	118.13 [9]	114.93 [9]
c. soins de réadaptation	32.30	30.30	29.85	28.32	28.45
d. nouveau-nés	2.88	2.83	2.90	2.96	2.91
e. autres	non disponible [10]	non disponible [10]	non disponible [10]	non disponible [10]	non disponible [10]
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement (k) :					
a. soins actifs	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]
b. soins de longue durée	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]
c. soins de réadaptation	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]
f. autres	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]	non disponible [11]
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	6.7 B [12]	7.1 B [12]	7.5 B [12]	8.0 B [12]	9.2 B [12]

9 Le total n'est pas disponible puisque certaines des données de la liste ne le sont pas non plus.

Non disponible - les données ne sont pas classées de la même façon. Ainsi, les autres niveaux de soins sont classés dans la même catégorie que les radiations des soins actifs.

b Données révisées - Auparavant, les données sur la durée du séjour pour les soins actifs n'incluaient pas les patients des services psychiatriques - Les données pour les soins de longue durée ont été modifiées en fonction des méthodes de rapport internes.

10 Les autres types de soins ne sont pas classés en catégories distinctes.

11 a) Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs et de longue durée, soins de longue durée et de réadaptation) avec une minorité du genre patient unique.
b) Le classement par type d'établissement ne donne qu'un échantillon restreint, faussant les montants réellement dépensés pour les lits de soins de longue durée et de réadaptation.

12 B = milliards.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		654.00	691.00	781.00	non disponible [14]	non disponible [14]
b. soins de longue durée		266.00	274.00	287.00	non disponible [14]	non disponible [14]
c. soins de réadaptation		369.00	385.00	436.00	non disponible [14]	non disponible [14]
d. autres		non disponible [13]	non disponible [13]	non disponible [13]	non disponible [13]	non disponible [13]
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
b. soins de longue durée		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
c. soins de réadaptation		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
f. autres		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
b. soins de longue durée		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
c. soins de réadaptation		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
d. autres		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]	non disponible [14]

[13] Les autres types de soins ne sont pas classés en catégories distinctes.

[14] Ces données n'étaient pas encore disponibles lors de la production de ce rapport.

[14] Non disponible - l'exactitude des données étant douteuse, comme l'est celle des calculs, ces derniers ne peuvent pas être justifiés ni diffusés.
a) Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs et de longue durée, soins de longue durée et de réadaptation) avec une minorité du genre patient unique.
b) La division par type d'établissements réduit l'échantillonnage et minimise graduellement le nombre d'activités liées aux patients externes recevant des soins prolongés et des soins de réadaptation.
c) Les amalgamations au cours de cette période contribuent également à la variabilité des données, surtout lorsqu'elles sont classées par activité principale.

[15] Non disponible - Il n'y a pas de système unique de collecte de ces données au Ministère.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada)	(#)	8 004	8 431	9 031	9 540	8 633
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada)	(#)	102 504	104 398	155 648	161 882	144 831
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada)	($)	36.2 M	32.8 M	41.3 M	39.9 M	36.8 M
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada)	($)	10.7 M	13.3 M	18.7 M	22.0 M	18.0 M

[1] Non disponible - il n'y a pas de système unique de collecte de ces données au Ministère.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada)	($)	4 523.00	3 890.00	4 573.00	4 182.00	4 262.70
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada)	($)	104.00	127.00	120.00	136.00	124.30

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	(#)	26 211	24 141	20 657	20 503	18 542
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	(#)	inclus dans #20	inclus dans #20	inclus dans #20	inclus dans #20	inclus dans #20
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	25.0 M	21.4 M	17.0 M	18.8 M	19.3 M
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	inclus dans #22	inclus dans #22	inclus dans #22	inclus dans #22	inclus dans #22
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	954.00	886.00	823.00	918.00	1 043.20
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	inclus dans #24	inclus dans #24	inclus dans #24	inclus dans #24	inclus dans #24

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé.	(#)	366	350	350 [16]	357	327
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants.	(#)	69 163	70 658	69 400	71 660	74 000
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	7,9 M	7,9 M	8,1 M	8,2 M	8,6 M
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	114,22	111,80	116,71	115,21	116,00

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		10 319	10 221	10 227	10 281	10 395
b. spécialistes		9 944	9 994	10 284	10 392	10 520
c. autres		non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]
d. total		20 263	20 215	20 511	20 673	20 915
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		29	26	25	25	22
b. spécialistes		209	196	188	177	165
c. autres		non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]
d. total		238	222	213	202	187
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]
b. spécialistes		non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]
c. autres		non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]
d. total		non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]	non disponible [18]

[16] Bien que 350 dentistes participent au régime d'assurance-santé, 700 sont inscrits à la Corporate Provider Database (banque de données des entreprises fournissant des services).

[17] Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticiens ou spécialistes, et selon qu'il s'agit de services médicaux, chirurgicaux ou de diagnostic.

[18] L'Ontario ne compte aucun médecin non participant, seulement des médecins qui s'en sont retirés et qui sont inclus à la question 31.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	83,6 M	80,4 M	79,6 M	79,7 M	77,8 M
b. spécialistes	90,8 M	89,9 M	91,4 M	93,6 M	99,6 M
c. autres	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]
d. total	174,4 M	170,3 M	171,0 M	173,3 M	177,4 M
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	85,3 M	84,2 M	84,1 M	82,9 M	81,8 M
b. services de chirurgie	22,2 M	21,6 M	22,0 M	22,3 M	22,7 M
c. services de diagnostic	66,8 M	64,4 M	64,8 M	68,1 M	72,9 M
d. autres	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]
e. total	174,3 M	170,2 M	170,9 M	173,3 M	177,4 M
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	1 722,7 M	1 676,9 M	1 725,2 M	1 734,1 M	1 741,4 M
b. spécialistes	2 618,6 M	2 587,2 M	2 699,2 M	2 824,3 M	2 936,7 M
c. autres	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]
d. total	4 341,3 M	4 264,1 M	4 424,4 M	4 558,4 M	4 678,1 M
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ($)					
a. services médicaux	2 664,5 M	2 605,6 M	2 678,6 M	2 699,8 M	2 731,4 M
b. services de chirurgie	616,0 M	608,5 M	633,8 M	670,8 M	706,8 M
c. services de diagnostic	1 060,8 M	1 050,1 M	1 112,0 M	1 187,8 M	1 239,8 M
d. autres	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]
e. total	4 341,3 M	4 264,2 M	4 424,4 M	4 558,4 M	4 678,1 M
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	20,61	20,86	21,67	21,77	22,40
b. spécialistes	28,84	28,78	29,53	30,19	29,50
c. autres	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]
d. paiement moyen pour tous les médecins	24,89	25,05	25,87	26,32	26,40

[17] Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticiens ou spécialistes, et selon qu'il s'agit de services médicaux, chirurgicaux ou de diagnostic.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		31,24	30,94	31,84	32,59	33,40
b. services de chirurgie		27,72	28,19	28,78	30,09	31,10
c. services de diagnostic		15,87	16,30	17,15	17,45	17,00
d. autres		non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]	non disponible [17]
e. paiement moyen pour tous les services		24,90	25,05	25,87	26,32	26,40

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	428 329	433 396	455 136	433 463	469 146
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	12,8 M	13,3 M	14,0 M	14,3 M	15,5 M
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	30,00	31,00	31,00	33,00	33,00

Services médicaux assurés rendus à l'étranger		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	228 379	207 736	184 107	179 679	157 191
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	7,5 M	7,0 M	11,6 M	15,5 M	8,2 M
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	33,00	34,00	63,00	86,00	51,90

[17] Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticiens ou spécialistes, et selon qu'il s'agit de services médicaux, chirurgicaux ou de diagnostic.

Manitoba

Personnes inscrites [1]					
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars.	(#)	1 146 331	1 142 465	1 144 424	1 149 904	1 152 982

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. soins actifs		95	95	95	95	96
b. soins de longue durée		4 [2]	4 [2]	4 [2]	3 [2]	3 [2]
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. nombre total d'établissements		99	99	99	98	99
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		4 559	4 436	4 394	4 406	4 595
b. soins de longue durée		392 [2]	402 [2]	402 [2]	385 [2]	385 [2]
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	4 980
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : [3]	(#)					
a. soins actifs		4 559	4 439	4 394	4 406	4 595
b. soins de longue durée		392 [2]	402 [2]	402 [2]	385 [2]	385 [2]
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits approuvés		4 951	4 841	4 796	4 791	4 980

1 D'après les données de la population des résidents inscrits au régime de l'assurance maladie du Manitoba, à partir du 1er juin.

2 Comprend les soins prolongés et les soins de réadaptation.

3 Nombre de lits dressés en date du 31 mars par un hôpital pour loger des patients.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	136 931	136 499	132 650	127 903	124 989
b. soins de longue durée	1 746	1 757	1 876	1 905	1 708
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	107 418	111 931	115 136	116 305	145 690
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés	14 784	14 814	14 807	14 403	14 333
h. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
i. nombre total de radiations	260 879	265 001	264 469	260 516	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	9,27	9,49	9,72	9,91	9,10
b. soins de longue durée	118,03 [2]	74,30 [2]	69,04 [2]	78,40 [2]	72,19
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. nouveau-nés	3,73	3,89	3,47	3,47	3,33
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	953 834 797	1 046 407 229
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	65 153 895	70 872 152
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[2] Comprend les soins prolongés et les soins de réadaptation.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#)	3 419	3 307	2 571	3 037	2 892
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#)	28 422	28 007	21 570	29 217	26 479
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	14 156 175	11 292 528	8 655 520	12 152 757	11 427 627
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	2 947 701	3 451 891	2 694 973	4 089 018	3 776 489

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	4 140,44	3 414,73	3 366,60	4 001,57	3 951,50
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	103,71	123,25	124,94	139,87	142,60

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	(#)	614	588	565	567	557
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	(#)	6 331	5 782	6 053	6 335	6 676
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)	991 294	1 058 815	1 028 127	1 065 302	2 008 580
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)	658 890	690 877	905 479	2 435 560	3 267 764
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)	1 614,49	1 800,71	1 819,69	1 878,84	3 607,40
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)	104,07	119,49	149,59	384,46	489,00

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé.	(#)	94	102	105	101	non disponible
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants.	(#)	2 953	2 925	3 318	3 256	3 401
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	539 940	589 378	590 125	660 870	677 295
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	182,84	201,50	177,86	202,97	199,15

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		935	900	915	948	non disponible
b. spécialistes		931	938	939	non disponible	non disponible
c. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total		1 866	1 838	1 854	non disponible	non disponible
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	5 741 645	5 859 568	5 931 022	6 211 011	6 244 197
b. spécialistes	7 281 386	7 698 155	8 147 749	8 741 628	9 198 787
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	13 023 031	13 557 723	14 078 771	14 952 639	15 442 984
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	99 489 900	103 068 422	114 868 502	132 200 004	140 703 474
b. spécialistes	153 336 002	165 946 999	178 359 474	199 231 274	214 382 377
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	252 825 902	269 015 421	293 227 976	331 431 278	355 085 851
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ($)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [a]
e. total	351 821 602	376 500 221	416 902 176	467 886 678	non disponible [a]
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	17,33	17,59	19,37	21,28	22,53
b. spécialistes	21,06	21,56	21,89	22,79	23,31
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. paiement moyen pour tous les médecins	19,41	19,84	20,83	22,17	22,99

[a] Collecte limitée pour l'instant aux données relatives aux paiements à l'acte.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [4]
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [4]
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [4]
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [4]
e. paiement moyen pour tous les services		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [4]

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	217 733	206 521	183 497	192 272	211 464
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	6 245 462	6 121 559	5 568 205	6 148 444	7 381 785
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	28.68	29.64	30.34	31.98	34.90

Services médicaux assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	7 222	6 587	7 116	6 763	6 345
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	518 102	519 828	520 712	500 757	529 029
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	71.74	78.93	73.17	74.04	83.40

[4] Collecte limitée pour l'instant aux données relatives aux paiements à l'acte.

Saskatchewan

Personnes inscrites					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars (#)	1 020 351	1 031 933	1 041 256	1 021 782	1 024 788

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement (#)					
a. soins actifs	73	71	71	68	68
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	0	0	0	0	0
g. nombre total d'établissements	74	72	72	69	67
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits (#)					
a. soins actifs	3 117	3 079	2 944	2 802	2 544
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	142	142	142	142	142
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres [1]	722	738	718	670	714
f. nombre total de lits dotés en personnel	3 981	3 955	3 804	3 614	3 400
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits (#)					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits approuvés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

[1] Sous la rubrique <<autres>> on retroure les lits de soins prolongés et les lits de soins psychiatriques dans les hôpitaux.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (#)					
a. soins actifs	146 537	143 604	133 768	131 063	124 552 [1]
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	1 338	1 058	927	984	543 [1]
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes) [2]	50 090	53 890	55 426	55 526	non disponible
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés	12 882	12 819	12 597	11 992	12 163 [1]
h. autres [3]	3 988	3 309	4 065	4 646	4 647 [1]
i. nombre total de radiations [4]	214 835	214 680	206 783	204 211	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (# de jours)					
a. soins actifs	5.70	5.80	5.60	5.70	5.90 [1]
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	30.90	30.50	34.70	31.90	36.80 [1]
d. nouveau-nés	3.67	3.51	3.72	3.60	3.50 [1]
e. autres [3]	16.50	15.40	15.80	15.40	15.00
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement ($)					
a. soins actifs	584 582 800	565 682 800	619 538 151	680 326 248	707 505 317
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	35 115 992	35 437 299	36 824 546	38 249 010	39 654 384
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	619 698 792	601 120 099	656 362 697	718 575 258	747 159 701

[1] Des prévisions ont été établies là où les données sont incomplètes en 2001-2002 pour la durée moyenne de radiation.

[2] Les cas de chirurgie d'un jour (malade externe), sont des cas qui comprennent les procédures à suivre sur la liste publiée en 1991 par l'Institut canadienne sur l'information de la santé.

[3] "Autre" Les radiations sont des radiations des hôpitaux psychiatriques des unités de soins actifs.

[4] Nombre total de radiations exclut les radiations de soins de longue durée.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement (#)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement (#) :					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement ($) :					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada) (#)	4 868	4 688	5 019	4 587	4 812
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada) (#)	38 279	41 375	44 327	45 195	43 944
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada) ($)	23 988 792	18 973 762	19 911 192	20 203 300	22 037 200
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada) ($)	4 161 896	3 472 464	3 504 388	6 046 600	5 836 500

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). ($)	4 927,85	4 047,30	3 967,16	4 404,47	4 579,63
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). ($)	108,73	83,93	79,06	133,79	132,82

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	317	273	382	286	252
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	1 695	1 252	1 201	1 355	1 169
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. ($)	710 626	1 193 449	2 484 961	1 022 000	1 009 400
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. ($)	228 968	151 558	348 379	377 600	375 900
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. ($)	2 241,72	4 371,61	6 505,13	3 573,43	4 005,56
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. ($)	135,08	121,05	290,07	278,67	321,56

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé	(#)	119	113	97	92	94
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants.	(#)	18 700	18 500	18 100	19 900	18 900
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	1 287 000	1 272 000	1 309 000	1 404 700	1 275 400
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	68,82	68,76	72,32	70,59	67,48

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		865	907	940	1 016	937
b. spécialistes		592	595	610	593	696
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		1 457	1 502	1 550	1 609	1 633
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		0	0	0	0	0
b. spécialistes		0	0	0	0	0
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		0	0	0	0	0
b. spécialistes		0	0	0	0	0
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	6 595 192	6 742 712	6 785 673	6 873 539	6 760 156
b. spécialistes	3 068 576	3 127 345	3 163 046	3 250 953	3 700 801
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	9 663 768	9 870 057	9 948 719	10 124 492	10 460 957
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : [6] (#)					
a. services médicaux	5 989 580 [7]	6 048 849 [7]	6 028 070 [7]	6 071 567 [7]	6 017 477 [7]
b. services de chirurgie	728 803 [8]	735 770 [8]	723 626 [8]	787 655 [8]	994 321 [8]
c. services diagnostiques	2 323 818 [9]	2 345 180 [9]	2 312 606 [9]	2 288 038 [9]	2 262 256 [9]
d. autres	621 567 [10]	740 258 [10]	884 417 [10]	977 232 [10]	1 186 903 [10]
e. total	9 663 768	9 870 057	9 948 719	10 124 492	10 460 957
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	119 002 444	128 784 792	133 042 948	134 989 267	137 541 402
b. spécialistes	117 666 741	122 465 930	125 735 201	129 470 569	144 566 069
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	236 669 185	251 250 722	258 778 149	264 459 836	282 107 471
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : [6] ($)					
a. services médicaux	137 691 861 [7]	143 548 623 [7]	148 848 496 [7]	151 152 270 [7]	160 742 594 [7]
b. services de chirurgie	51 536 110 [8]	51 255 592 [8]	50 843 890 [8]	51 681 286 [8]	56 027 014 [8]
c. services diagnostiques	37 944 132 [9]	40 473 208 [9]	41 503 336 [9]	43 216 810 [9]	44 488 404 [9]
d. autres	9 497 081 [10]	15 973 299 [10]	17 582 427 [10]	18 409 471 [10]	20 849 458 [10]
e. total	236 669 184	251 250 722	258 778 149	264 459 837	282 107 470
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	18,04	19,10	19,61	19,64	20,35
b. spécialistes	38,35	39,16	39,75	39,83	39,06
c. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
d. paiement moyen pour tous les médecins	24,49	25,46	26,01	26,12	26,97

6 Rémunération à l'acte.

7 Comprend les visites, les soins dans les hôpitaux et la psychothérapie.

8 Comprend les chirurgies, l'assistance chirurgicale, l'obstétrique, l'anesthésie.

9 Comprend les rayons X, les services de laboratoire, les diagnostiques.

10 Comprend les suppléments, les primes, et les services surappel.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		22,99 [7]	23,73 [7]	24,69 [7]	24,90 [7]	26,71 [7]
b. services de chirurgie		70,71 [8]	69,66 [8]	70,26 [8]	65,61 [8]	56,35 [8]
c. services diagnostiques		16,33 [9]	17,26 [9]	17,95 [9]	18,89 [9]	19,67 [9]
d. autres		15,28 [10]	21,58 [10]	19,88 [10]	18,84 [10]	17,57 [10]
e. paiement moyen pour tous les services		24,49	25,46	26,01	26,12	26,97

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	361 000	374 900	392 400	425 800	444 430
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	10 501 400	10 897 500	12 237 200	13 767 600	15 520 000
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	29,09	29,07	31,19	32,33	34,92

Services médicaux assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	644 300	658 400	1 186 900	722 400	588 100
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[7] Comprend les visites, les soins dans les hôpitaux et la psychothérapie.
[8] Comprend les chirurgies, l'assistance chirurgicale, l'obstétrique, l'anesthésie.
[9] Comprend les rayons X, les services de laboratoire, les diagnostiques.
[10] Comprend les suppléments, les primes, et les services surappel.

Alberta

Personnes inscrites						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars	(#)	2 847 538	2 912 925	2 957 045	3 007 582	3 072 384

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. soins actifs		102	102	102	102	103
b. soins de longue durée		104	104	104	105	106
c. soins de réadaptation		1	1	1	1	1
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres		0	0	3	3	3
g. nombre total d'établissements		207	207	210	211	213
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		6 305	6 404	6 275	6 365 [2]	6 533
b. soins de longue durée		6 179	6 179	6 179	6 430 [2]	6 701
c. soins de réadaptation		240	240	240	240	240
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits dotés en personnel		12 724	12 823	12 694	13 035	13 474
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		9 788	9 788	9 788	9 788	sans objet [3]
b. soins de longue durée		6 114	6 114	6 114	6 164	sans objet [3]
c. soins de réadaptation		240	240	240	240	sans objet [3]
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet [3]
e. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet [3]
f. nombre total de lits approuvés		16 142	16 142	16 142	16 192	sans objet [3]

1 Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2001-2002* du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

2 Les chiffres ont été revisés en fonction des modifications reçues des autorités régionales de la santé.

3 Les autorités régionales de la santé ne fournissent plus ces chiffres au Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (#) :					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
h. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
i. nombre total de radiations	334 869	346 092	346 316	343 099	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (# de jours) :					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement ($) :					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

[1] Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2001-2002* du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[1] Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2001-2002* du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#)	4 656	4 714	4 820	4 656	4 205
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#)	56 408	57 574	59 443	56 408	61 230
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	14 699 049	13 269 781	13 632 730	14 699 049	12 328 205
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	5 287 271	6 706 065	6 920 702	5 287 271	7 115 105

[1] Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2001-2002* du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada)	($)	3 157.01	2 814.97	2 828.37	3 157.01	2 931.80
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada)	($)	93.73	116.48	116.43	93.73	116.20

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	(#)	3 843	4 006	5 215	4 151	4 457
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	(#)	4 668	3 777	5 097	3 945	3 942
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	363 087	356 747	483 648	374 005	416 635
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	349 217	275 687	364 087	298 725	309 119
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	94.48	89.08	92.74	90.10	93.48
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	74.81	72.99	71.43	75.72	78.42

[1] Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2001-2002* du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé	(#)	230	232	250	232	250
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants	(#)	10 648	11 920	14 292	14 708	14 585
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés	($)	1 661 797	1 853 322	2 092 003	2 116 386	2 167 886
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés	($)	156.08	155.48	146.38	143.89	148.64

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		2 385	2 464	2 545	2 658	2 746
b. spécialistes		1 903	1 978	2 096	2 197	2 333
c. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total		4 288	4 442	4 641	4 856	5 079
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		0	0	0	0	0
b. spécialistes		0	0	0	1	0
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		0	0	0	1	0

[1] Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement: 2001-2002* du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :	(#)					
a. omnipraticiens		14 377 354	14 974 783	15 543 092	15 914 088	16 132 991
b. spécialistes		9 844 887	10 392 632	10 798 883	11 319 078	11 710 080
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		24 222 241	25 367 415	26 341 975	27 233 744	27 842 671
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services :	(#)					
a. services médicaux		18 411 601	19 119 550	19 829 029	20 328 498	20 647 611
b. services de chirurgie		1 155 663	1 211 712	1 238 043	1 316 312	1 386 422
c. services diagnostiques		4 654 977	5 036 153	5 274 903	5 588 934	5 798 638
d. autres		0	0	0	0	0
e. total		24 222 241	25 367 415	26 341 975	27 233 744	27 842 671
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins :	($)					
a. omnipraticiens		357 611 870	383 842 634	410 502 506	430 681 658	474 076 958
b. spécialistes		427 232 284	464 270 463	493 040 446	528 392 197	587 092 735
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		784 844 154	848 113 097	903 542 952	959 073 855	1 061 169 693
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		514 667 078	549 507 274	586 587 852	618 586 110	694 971 654
b. services de chirurgie		125 595 149	133 916 239	140 067 988	150 223 933	164 427 152
c. services diagnostiques		144 581 927	164 689 584	176 887 112	190 263 812	211 770 887
d. autres		0	0	0	0	0
e. total		784 844 154	848 113 097	903 542 952	959 073 855	1 061 169 693
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :	($)					
a. omnipraticiens		24.87	25.63	26.41	27.06	29.39
b. spécialistes		43.40	44.67	45.66	46.68	50.14
c. autres		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
d. paiement moyen pour tous les médecins		32.40	33.43	34.30	35.22	38.11

[1] Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement: 2001-2002* du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		27,95	28,74	29,58	30,43	33,17
b. services de chirurgie		108,68	110,52	113,14	114,12	117,75
c. services diagnostiques		31,06	32,70	33,53	34,04	36,52
d. autres		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e. paiement moyen pour tous les services		32,40	33,43	34,30	35,22	38,11

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	348 480	359 653	380 635	418 587	493 798
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	10 092 203	9 983 110	11 397 620	12 436 188	11 998 825
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	28,96	27,76	29,94	29,71	24,30

Services médicaux assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002 [1]
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	30 649	25 192	21 989	20 891	22 928
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	972 645	862 852	871 292	907 010	1 043 997
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	31,73	34,25	39,62	43,42	45,53

[1] Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2001-2002* du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Colombie-Britannique

Personnes inscrites						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars.	(#)	3 951 853	3 924 490	3 943 991	4 022 789	4 076 892

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. soins actifs		93	94	94	94	94
b. soins de longue durée		17	17	17	18	18
c. soins de réadaptation		3	3	3	3	3
d. services diagnostiques aux malades externes		25	25	25	25	25
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres		1	0	0	0	0
g. nombre total d'établissements		139	139	139	140	140
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(#)					
a. soins actifs		8 822	8 834	8 533	8 994	9 318
b. soins de longue durée [1]		7 269	7 364	7 247	7 261	7 334
c. soins de réadaptation		242	242	468	474	475
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits approuvés		16 333	16 440	16 248	16 729	17 127

Les données correspondant aux mesures 1 à 4 pour 2001-2002 sont provisoires.

Les données correspondant aux mesures 1 à 4 pour toutes les années ont été redressées pour tenir compte des changements touchant les sources d'information, les définitions et la méthodologie.

[1] Les données ont été redressées pour tenir compte des changements méthodologiques. Elles représentent le nombre total de jours de soins dispensés dans chaque établissement durant l'année (365 jours par année).

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs [2]	404 926	392 319	391 817	378 822	353 117
b. soins de longue durée [3]	4 780	4 608	4 884	4 700	4 890
c. soins de réadaptation [2 4]	1 231	1 256	1 261	1 421	1 495
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	264 043	258 648	284 895	289 900	293 346
f. en attente d'un autre type de	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. nouveau-nés	43 924	42 169	41 698	40 204	39 669
h. autres [5]	2 019	2 287	sans objet	sans objet	sans objet
i. nombre total de radiations	720 923	701 287	724 555	715 047	692 517
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : [6] (# de jours)					
a. soins actifs [7]	6,40	6,60	6,90	7,10	7,20
b. soins de longue durée	648,00	604,00	598,00	586,00	618,00
c. soins de réadaptation [4]	48,45	46,47	45,00	41,50	39,76
d. nouveau-nés	2,81	2,75	2,70	3,00	3,02
e. autres [7]	60,70	57,70	sans objet	sans objet	sans objet
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : [8] ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Les données correspondant aux mesures 5 à 7 pour 2001-2002 sont provisoires.
Les données correspondant aux mesures 5 à 7 pour toutes les années ont été redressées pour tenir compte des changements touchant les sources d'information, les définitions et la méthodologie.

2 Comprend les nouveau-nés, les mort-nés et les résidents des autres provinces et des territoires. N.B. la catégorie non-résidents inclut toujours l'extérieur du pays.

3 Les données ont été redressées en fonction des changements méthodologiques. Les données provenant de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) ont été remplacées par de l'information du dépôt de données sur les soins continus dans le cas des établissements de soins prolongés qui ont fait des rapports officiels via la BDCP.

4 Les données ont été redressées en fonction des changements méthodologiques apportés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

5 Depuis 1999-2000, les radiations incluses auparavant dans la catégorie " autre " ont été reclassifiées comme " autre niveau de soins " et saisies dans la catégorie des soins de courte durée (mesure 5a).

6 Le nombre de jours que passe un malade dans un établissement de soins de santé est attribué à une année en fonction de la date où le malade quitte l'établissement. Ainsi, la durée du séjour peut inclure les journées qu'un malade a passées dans un établissement de soins de santé au cours de l'année précédente.

7 Pour les années 1997-1998 et 1998-1999, les radiations signalées par les unités de planification des sorties sont incluses dans la catégorie " autre ". À partir de 1999-2000, elles sont classifiées comme autre niveau de soins et saisies dans la catégorie des soins de courte durée.

8 Les paiements sont faits par le ministère des Services de santé aux autorités sanitaires pour la prestation d'une gamme complète de services dispensés par les régions, y compris les services hospitaliers assurés. En 1999-2000, le ministère a versé au total 4,4 milliards de dollars; en 2000-2001, 5,1 milliards; en 2001-2002, 5,4 milliards.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : [9] (#)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible	non disponible	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible	non disponible	1	1	1

Les données correspondant aux mesures 8 à 10 pour 2001-2002 sont provisoires.
Les données correspondant aux mesures 8 à 10 pour toutes les années ont été redressées pour tenir compte des changements touchant les sources d'information, les définitions et la méthodologie.

[9] On compte environ 50 établissements privés agréés par le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique. Ces établissements dispensent principalement des services non visés par la Loi canadienne sur la santé. En vertu de la Medicare Protection Act, ils ne sont pas autorisés à surfacturer les services assurés.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : [9]	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible	non disponible	810	634	689
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	810	634	689
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : [9]	($)					
a. établissements de chirurgie privés		non disponible	non disponible	558 000	348 700	353 100
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		non disponible	non disponible	558 000	348 700	353 100

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#)	7 383	7 994	7 231	8 113	8 113
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#)	68 146	73 807	70 070	83 765	80 732
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	35 898 630	35 830 522	34 477 406	35 882 521	40 898 996
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	7 441 321	9 075 191	9 585 916	9 149 496	10 604 141

[9] On compte environ 50 établissements privés agréés par le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique. Ces établissements dispensent principalement des services non visés par la *Loi canadienne sur la santé*. En vertu de la *Medicare Protection Act*, ils ne sont pas autorisés à surfacturer les services assurés.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)	4 862,00	4 482,00	4 768,00	4 422,84	5 041,17
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)	109,00	123,00	137,00	109,23	131,35

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	(#)	2 888	2 793	2 494	2 097	1 964
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	(#)	431	435	324	720	637
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)	3 073 456	3 492 437	5 375 289	6 463 676	9 246 228
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)	109 347	100 863	65 137	134 789	119 928
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)	1 064,00	1 250,00	2 155,00	3 082,34	4 707,86
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)	254,00	232,00	201,00	187,21	188,27

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé.	(#)	289	280	265	283	275
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants.	(#)	53 163	51 096	54 507	55 820	43 635
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	5 818 127	5 474 563	5 854 368	5 718 859	4 206 983
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés.	($)	109,43	107,14	107,40	102,00	96,41

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : [6]	(#)					
a. omnipraticiens		4 248	4 269	4 276	4 360	4 430
b. spécialistes		3 181	3 232	3 269	3 298	3 380
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		7 429	7 501	7 545	7 658	7 810
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		3	4	4	3	3
b. spécialistes		11	13	10	5	3
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		14	17	14	8	6
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins :	(#)					
a. omnipraticiens		1	1	1	1	1
b. spécialistes		0	0	0	0	0
c. autres		0	0	0	0	0
d. total		1	1	1	1	1

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	22 378 959	21 903 525	22 875 620	23 051 810	22 800 417
b. spécialistes	29 424 394	29 860 276	32 697 836	34 551 897	36 193 233
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	51 803 353	51 763 801	55 573 456	57 603 707	58 993 650
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	24 309 601	24 012 366	25 065 928	25 201 483	24 994 070
b. services de chirurgie	4 209 195	4 163 434	4 426 656	4 417 069	4 317 461
c. services diagnostiques	23 294 557	23 588 001	26 080 874	27 985 155	29 682 119
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	51 813 353	51 763 801	55 573 456	57 603 707	58 993 650
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	614 713 789	626 992 277	654 305 224	663 325 757	716 885 396
b. spécialistes	831 174 498	845 235 143	928 642 083	965 611 051	1 072 360 970
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 445 888 287	1 472 227 420	1 582 947 307	1 628 936 808	1 789 246 366
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ($)					
a. services médicaux	850 453 217	874 004 742	920 552 743	936 095 517	1 018 076 225
b. services de chirurgie	231 507 497	229 196 329	250 267 000	252 827 989	279 673 918
c. services diagnostiques	363 927 573	369 026 348	412 127 564	440 013 302	491 496 223
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	1 445 888 287	1 472 227 419	1 582 947 307	1 628 936 808	1 789 246 366
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	27,40	28,60	28,60	27,78	31,44
b. spécialistes	28,20	28,30	28,40	27,95	29,63
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. paiement moyen pour tous les médecins	27,90	28,44	28,48	28,28	30,33

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		34.98	36.40	36.72	37.14	40.73
b. services de chirurgie		55.00	55.04	56.53	57.24	64.78
c. services diagnostiques		15.62	15.64	15.80	15.74	16.56
d. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. paiement moyen pour tous les services		27.90	28.44	28.48	28.28	30.33

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	461 571	438 186	446 232	456 268	461 154
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	13 849 906	13 495 893	14 134 689	14 380 195	14 915 996
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	30.01	30.80	31.68	31.52	32.34

Services médicaux assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	non disponible	73 297	66 361	68 707	69 455
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	non disponible	3 504 870	3 338 415	3 947 293	4 381 495
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	non disponible	47.82	50.28	57.45	63.08

Yukon

Personnes inscrites					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars (#)	33 557	31 925	31 255	31 133	31 036

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement (#)					
a. soins actifs	2	2	2	2	2
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	13 [1]	13 [1]	13 [1]	13 [1]	13 [1]
g. nombre total d'établissements	15	15	15	15	15
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits (#)					
a. soins actifs	59	59	61	61	61
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	9 [2]	9 [2]	9 [2]	9 [2]	9 [2]
f. nombre total de lits dotés en personnel	68	68	70	70	70
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits (#)					
a. soins actifs	59	59	61	61	61
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	9 [2]	9 [2]	9 [2]	9 [2]	9 [2]
f. nombre total de lits approuvés	68	68	70	70	70

[1] Comprend des centres de santé et un poste sanitaire.
[2] Lits pour chirurgie d'un jour.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (#) :					
a. soins actifs	3 283	3 117	2 967	3 021	2 986
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	1 529	1 638	1 624	1 619 [1]	1 542
f. en attente d'un autre type de soins	0	0	0	0	0
g. nouveau-nés	437	392	374	363	340
h. autres	0 [1]	0 [1]	0 [1]	0 [1]	0 [1]
i. nombre total de radiations	5 244	5 115	4 965	5 003	4 868
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (# de jours) :					
a. soins actifs	4.00	4.50	4.70	4.70	4.70
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. nouveau-nés	3.00	2.90	3.00	3.10	3.00
e. autres	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	non disponible [1]	sans objet [1]
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement ($) :					
a. soins actifs	19 836 846	19 023 617	19 587 158	20 392 026	21 920 937
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	4 722 168 [1]	4 796 107 [1]	5 502 144 [1]	5 493 948 [1]	5 997 920 [1]
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	23 559 014	23 819 724	25 089 302	25 833 974	27 918 857

[1] Comprend des centres de santé et un poste sanitaire.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitaliers offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		505.00	694.50	694.50	694.50	694.50
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	sans objet
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		89.00	110.00	110.00	110.00	110.00
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		292.03	400.00	400.00	400.00	400.00
f. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :	($)					
a. soins actifs		382.68	349.71	337.13	335.46	356.23
b. soins de longue durée		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés		0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		0	0	0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif		0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement (a)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement (b)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada) (a)	732	759	715	719	729
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada) (a)	6 109	6 637	7 025	6 763	7 188
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada) (b)	4 434 174	4 188 681	4 883 562	4 218 648	4 263 271
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada) (b)	845 185	826 425	920 769	881 373	838 871

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001 [1]	2001-2002 [1]
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire du Canada	($)	3 057.62	3 467.33	4 372.25	5 667.99	5 666.33
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire du Canada	($)	109.81	124.52	131.07	127.43	150.92

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001 [1]	2001-2002 [1]
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	(#)	14	13	11	8	14
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	(#)	62	53	67	59	35
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	34 643	45 440	22 125	27 520	48 621
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	5 532	7 356	7 080	6 988	6 321
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger	($)	2 460.38	3 495.39	2 011.37	3 057.78	3 472.93
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger	($)	131.22	138.79	105.68	184.97	110.89

[1] Les données ont été mises à jour en novembre 2002.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	10	12	9	11	11
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	203	297	214	222	214
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)	50 840	64 397	59 458	50 876	51 078
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)	250,44	217,19	277,84	229,17	238,69

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	52	40	41	43	49
b. spécialistes	4	4	5	6	5
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	56	44	46	49	54
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	164 544	151 743	153 542	164 497	160 932
b. spécialistes	10 885	14 170	11 704	14 789	11 881
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	175 429	165 913	165 246	179 286	172 813
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	127 479	120 830	123 [illegible]3	131 685	131 004
b. services de chirurgie	25 425	23 110	22 092	25 670	26 653
c. services diagnostiques	22 525	21 972	19 822	18 978	15 156
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	175 429	165 912	165 247	176 333	172 813
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	5 335 775	5 058 606	5 248 704	5 803 619	5 692 583
b. spécialistes	1 184 312	1 321 577	1 189 271	1 263 380	1 143 968
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	6 520 087	6 380 183	6 437 975	7 066 999	6 836 551
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ($)					
a. services médicaux	5 182 278	5 026 530	5 144 453	5 729 729	5 550 975
b. services de chirurgie	995 148	1 005 170	978 628	1 028 529	1 057 467
c. services diagnostiques	342 661	348 483	314 893	308 741	228 109
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	6 520 087	6 380 183	6 437 974	7 066 999	6 836 551
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	32,43	33,34	34,18	35,28	35,38
b. spécialistes	108,80	93,27	101,61	85,43	96,29
c. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
d. paiement moyen pour tous les médecins	37,17	38,45	38,96	39,42	39,56

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux		40,65	41,60	41,71	43,51	42,38
b. services de chirurgie		39,14	43,50	44,30	40,07	39,68
c. services diagnostiques		15,21	15,86	15,89	16,27	15,05
d. autres		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e. paiement moyen pour tous les services		37,17	38,46	38,96	40,08	39,56

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada) [4]		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)	28 656	29 834	31 020	36 828	32 461
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	1 183 519	1 207 371	1 404 195	1 642 495	1 601 642
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)	41,30	40,47	45,27	44,60	49,34

Services médicaux assurés rendus à l'étranger		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	not available
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[4] Comprend les services médicaux dispensés à l'extérieur du pays.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire, Spécialistes itinérants, médecins suppléants et remboursements aux membres [3]					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
45. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. spécialistes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total de médecins	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
46. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	27 583	30 391	27 757	32 986,0	18 663,0
b. spécialistes	11 848	10 443	11 332	7 009,0	11 323,0
c. nombre total de médecins	39 431	40 834	39 089	39 995,0	29 986,0
47. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	33 975	33 007	31 609	31 099	23 431
b. services de chirurgie	1 842	4 483	5 141	6 121	4 888
c. services diagnostiiques	3 614	3 344	2 339	2 775	1 667
d. nombre total de services médicaux assurés	39 431	40 834	39 089	39 995	29 986
48. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	983 271	994 636	907 848	1 156 197	699 718
b. spécialistes	756 719	681 869	727 972	303 424	885 944
c. total des paiements aux médecins	1 739 990	1 676 505	1 635 820	1 459 621	1 585 662
49. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	1 542 518	1 477 892	1 436 115	1 133 717	1 224 899
b. services de chirurgie	112 736	121 755	132 349	260 188	285 503
c. services diagnostiques	84 736	76 857	67 356	65 716	75 261
d. total des paiements aux médecins	1 739 990	1 676 504	1 635 820	1 459 621	1 585 663
50. Paiement moyen pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens	35,65	32,73	32,71	35,05	37,50
b. spécialistes	63,87	65,29	64,24	43,29	78,25
c. paiement moyen pour tous les services médicaux assurés	44,13	41,06	41,85	36,50	52,88
51. Paiement moyen pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ($)					
a. services médicaux	45,40	44,78	45,43	36,46	52,28
b. services de chirurgie	61,20	27,16	25,74	42,51	58,41
c. services de diagnostic	23,45	22,98	28,80	23,68	45,15
d. paiement moyen pour tous les services médicaux assurés	44,13	41,06	41,85	36,50	52,88

[3] Les données ont été mises à jour en novembre 2002.

Territoires du Nord-Ouest

Personnes inscrites					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)			41 000	41 673	42 886 [1]

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs			4 hôpitaux	4 hôpitaux	4 hôpitaux
b. soins de longue durée			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
c. soins de réadaptation			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
f. autres			28 [3]	28 [3]	28 [3]
g. nombre total d'établissements			32	32	32
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible	non disponible	non disponible
e. autres			non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel			212	220	173
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible	non disponible	non disponible
e. autres			non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits approuvés			212	220	173

1 En date du 19 septembre 2002.

2 Aucun établissement des Territoires du Nord-Ouest n'offre principalement ce type de soins. En effet, ce sont les 4 établissements de soins actifs qui offrent les soins de longue durée, les soins prolongés, les services de chirurgie d'un jour, les services aux patients externes, les services de diagnostic et les services de réadaptation.

3 Comprend les centres de santé, et les unités de santé publique. Les chiffres des mesures 3 à 25 n'incluent pas les activités des centres de santé ni celles des unités de santé publique.

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			7 955	7 216	6 947
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)			2 773	2 445	1 922
f. en attente d'un autre type de soins			non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés			474	727	454
h. autres			59 641	65 401	67 016
i. nombre total de radiations			70 843	75 789	76 339
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			15,20	11,10	6,40
d. nouveau-nés			2,88	2,97	2,90
e. autres			4,60	4,40	3,80
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : ($)					
a. soins actifs			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
b. soins de longue durée			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
c. soins de réadaptation			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
f. autres			non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés			36 200 621 [2]	40 441 864 [2]	44 569 725 [2]

[2] Aucun établissement des Territoires du Nord-Ouest n'offre principalement ce type de soins. En effet, ce sont les 4 établissements de soins actifs qui offrent les soins de longue durée, les soins prolongés, les services de chirurgie d'un jour, les services aux patients externes, les services de diagnostic et les services de réadaptation.

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			1 443,00	1 768,60	1 866,80
d. autres			1 429,10	1 630,00	1 989,20
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : ($)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			107,30	119,40	109,80
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)			390,10	434,90	530,40
f. autres			non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			148,40	176,10	169,40
d. autres			non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés			0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés			0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif			0	0	0

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés				0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés				0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif				0	0	0
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés				0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés				0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif				0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#)			1 072	951	986
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#)			7 829	8 110	8 240
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)			7 414 381	6 739 907	7 523 039
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)			1 200 650	1 777 182	1 882 283

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada) ($)			6 916,40	7 087,18	7 787,83
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). ($)			153,36	219,13	228,43

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)			6	5	3
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)			12	17	11
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. ($)			10 606	3 747	14 313
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. ($)			2 363	2 163	2 365
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. ($)			1 767,60	749,40	4 770,88
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. ($)			196,91	127,26	215,02

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)			non disponible	non disponible	non disponible
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)			non disponible	non disponible	non disponible
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)			non disponible	non disponible	non disponible
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)			non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens			35 [4]	29 [4]	24 [4]
b. spécialistes			18 [4]	18 [4]	13 [4]
c. autres			106 [1]	151 [1]	175 [1]
d. total			159 [4]	198 [4]	212 [4]
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens			0	0	0
b. spécialistes			0	0	0
c. autres			0	0	0
d. total			0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens			0	0	0
b. spécialistes			0	0	0
c. autres			0	0	0
d. total			0	0	0

[4] Base de données médicales Southam de l'Institut canadien d'information sur la santé.

[1] Évaluation du nombre de médecins suppléants. Pour les mesures 33 à 38, les données relatives aux médecins suppléants sont entrées avec celles des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

[4] Prévisions basées sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) (#)					
a. omnipraticiens			142 004	91 921	32 329
b. spécialistes			9 487	5 485	5 414
c. autres			sans objet	sans objet	sans objet
d. total			151 491	87 386	37 743
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services (#)					
a. services médicaux			non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie			non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques			non disponible	non disponible	non disponible
d. autres			non disponible	non disponible	non disponible
e. total			213 664	200 198	198 247
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins ($)					
a. omnipraticiens			5 589 151	3 357 203	1 225 378
b. spécialistes			650 639	599 067	606 615
c. autres			non disponible	non disponible	non disponible
d. total			6 239 790	3 956 270	1 831 993
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services ($)					
a. services médicaux			non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie			non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques			non disponible	non disponible	non disponible
d. autres			non disponible	non disponible	non disponible
e. total			11 099 752	17 037 486	19 672 456
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins ($)					
a. omnipraticiens			39.38	40.98	37.90
b. spécialistes			68.58	109.62	112.05
c. autres			non disponible	non disponible	non disponible
d. paiement moyen pour tous les médecins			41.19	45.27	48.54

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ($)					
a. services médicaux			non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie			non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques			non disponible	non disponible	non disponible
d. autres			non disponible	non disponible	non disponible
e. paiement moyen pour tous les services			51.90	85.10	99.20

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (nr)			44 473	43 577	39 164
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). ($)			2 420 420	2 779 829	2 429 575
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). ($)			54.42	69.36	62.04

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (nr)			212	186	71
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. ($)			18 818	18 171	9 425
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. ($)			88.77	97.69	132.74

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Nunavut

Personnes inscrites						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars	(R)			non disponible	28 829	29 633

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement :	(R)					
a. soins actifs				1	1	1
b. soins de longue durée				non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation				non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes				non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)				non disponible	non disponible	non disponible
f. autres				25 [1]	25 [1]	25 [1]
g. nombre total d'établissements				non disponible	non disponible	non disponible
3. Nombre de lits dotés en personnel dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(R)					
a. soins actifs				non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée				non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation				non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes				non disponible	non disponible	non disponible
e. autres				non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel				non disponible	non disponible	non disponible
4. Nombre total de lits approuvés dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :	(R)					
a. soins actifs				non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée				non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation				non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes				non disponible	non disponible	non disponible
e. autres				non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits approuvés				non disponible	non disponible	non disponible

[1] Centres de santé

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
5. Nombre de radiations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)			non disponible	non disponible	non disponible
f. en attente d'un autre type de soins			non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés			non disponible	non disponible	non disponible
h. autres			non disponible	non disponible	non disponible
i. nombre total de radiations			non disponible	non disponible	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			non disponible	non disponible	non disponible
d. nouveau-nés			non disponible	non disponible	non disponible
e. autres			non disponible	non disponible	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : ($)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)			non disponible	non disponible	non disponible
f. autres			non disponible	non disponible	non disponible
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés			non disponible	non disponible	non disponible

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			non disponible	non disponible	non disponible
d. autres			non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : ($)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes			non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)			non disponible	non disponible	non disponible
f. autres			non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ($)					
a. soins actifs			non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée			non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation			non disponible	non disponible	non disponible
d. autres			non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés			0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés			0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif			0	0	0

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement :	(#)					
a. établissements de chirurgie privés				0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés				0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif				0	0	0
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement :	($)					
a. établissements de chirurgie privés				0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés				0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif				0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#)			1 842	1 549	1 782
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#)			9 656	8 682	9 155
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)			8 546 013	7 612 791	7 681 154
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)			1 470 018	1 352 594	1 525 710

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	($)			4 639,00	4 915,00	4 310,00
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	($)			152,00	156,00	167,00

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger						
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	(#)			14	0	0
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	(#)			5	1	53
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)			12 010	0	0
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)			1 130	110	128 398
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger.	($)			857,00	0,00	0,00
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger.	($)			226,00	110,00	2 423,00

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)			27	21	non disponible
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)			0	non disponible	non disponible
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)			0	non disponible	non disponible
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. ($)			0,00	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens			85	59	81
b. spécialistes			79	55	67
c. autres			0	0	0
d. total			164	114	148
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens			non disponible	0	0
b. spécialistes			non disponible	0	0
c. autres			non disponible	0	0
d. total			non disponible	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens			non disponible	0	0
b. spécialistes			non disponible	0	0
c. autres			non disponible	0	0
d. total			non disponible	0	0

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens			non disponible	61 074	39 035
b. spécialistes			non disponible	29 485	19 733
c. autres			non disponible	0	0
d. total			non disponible	90 559	58 768
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux			non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie			non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques			non disponible	non disponible	non disponible
d. autres			non disponible	non disponible	non disponible
e. total			non disponible	non disponible	non disponible
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens			2 323 234	2 494 221	1 943 399
b. spécialistes			1 146 522	1 229 811	1 042 366
c. autres			non disponible	0	0
d. total			3 469 756	3 724 032	2 985 765
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ($)					
a. services médicaux			non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie			non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques			non disponible	non disponible	non disponible
d. autres			non disponible	non disponible	non disponible
e. total			non disponible	non disponible	non disponible
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : ($)					
a. omnipraticiens			non disponible	40,83	49,79
b. spécialistes			non disponible	41,00	52,82
c. autres			non disponible	0,00	0,00
d. paiement moyen pour tous les médecins			non disponible	40,92	50,81

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :	($)					
a. services médicaux				non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie				non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques				non disponible	non disponible	non disponible
d. autres				non disponible	non disponible	non disponible
e. paiement moyen pour tous les services				non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	(#)			non disponible	55 389	39 438
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)			non disponible	3 232 940	2 335 998
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	($)			non disponible	58,00	59,23

Services médicaux assurés rendus à l'étranger		1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	(#)			0	0	12
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)			0	0	14 835
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	($)			0,00	0,00	1 236,00

Les statistiques des exercices 1997-1998 et 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Annexe B – Loi canadienne sur la santé et *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Une codification administrative est une interprétation de la loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la *Loi*.

Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* est le seul règlement prévu par la *Loi*. En vertu de ce règlement, les provinces et les territoires doivent fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réels demandés afin de permettre le rapprochement avec les déductions réelles. Le règlement est également présenté sous forme de codification administrative.

Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour en juin 2001.

CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

Canada Health Act

R.S., 1985, c. C-6

Extra-billing and User Charges Information Regulations

SOR/86-259

June, 2001

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Loi canadienne sur la santé

L.R. (1985), ch. C-6

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

DORS/86-259

Juin 2001

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S., 1985, c. C-6

L.R. (1985), ch. C-6

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

CHAPTER C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Preamble

Whereas the Parliament of Canada recognizes

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

And whereas the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health services

CHAPITRE C-6

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte;

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques;

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies;

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens;

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

Now therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

SHORT TITLE

Short title

1. This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

TITRE ABRÉGÉ

1. *Loi canadienne sur la santé*. Titre abrégé

1984, ch. 6, art. 1.

INTERPRETATION

Definitions

2. In this Act,

"Act of 1977" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"cash contribution" *« contribution pécuniaire »*

"cash contribution" means the cash contribution in respect of the Canada Health and Social Transfer that may be provided to a province under subsections 15(1) and (4) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;

"contribution" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"dentist" *«dentiste»*

"dentist" means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person;

"extended health care services" *«services complémentaires de santé»*

"extended health care services" means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

(a) nursing home intermediate care service,

(b) adult residential care service,

(c) home care service, and

(d) ambulatory health care service;

"extra-billing" *«surfacturation»*

"extra-billing" means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province;

"health care insurance plan" *«régime d'assurance-santé»*

"health care insurance plan" means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services;

"health care practitioner" *«professionnel de la santé»*

"health care practitioner" means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person;

"hospital" *«hôpital»*

"hospital" includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including

DÉFINITIONS

Définitions

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

«assuré» *"insured person"*

«assuré» Habitant d'une province, à l'exception :

a) des membres des Forces canadiennes;

b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;

c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*;

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

«contribution» [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« contribution pécuniaire » *"cash contribution"*

« contribution pécuniaire » La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui peut être versée à une province au titre des paragraphes 15(1) et (4) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.

«dentiste» *"dentist"*

«dentiste» Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

«frais modérateurs» *"user charge"*

«frais modérateurs» Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(a) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(b) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children;

"hospital services" *« services hospitaliers»*

"hospital services" means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(a) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(b) nursing service,

(c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(d) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(e) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(f) medical and surgical equipment and supplies,

(g) use of radiotherapy facilities,

(h) use of physiotherapy facilities, and

(i) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations;

"insured health services" *« services de santé assurés»*

"insured health services" means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers' or workmen's compensation;

"insured person" *« assuré»*

"insured person" means, in relation to a province, a resident of the province other than

(a) a member of the Canadian Forces,

(b) a member of the Royal Canadian Mounted Police who is appointed to a rank therein,

«habitant» *"resident"*

«habitant» Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

«hôpital» *"hospital"*

«hôpital» Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception :

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

«loi de 1977» [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

«médecin» *"medical practitioner"*

«médecin» Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

«ministre» *"Minister"*

«ministre» Le ministre de la Santé.

«professionnel de la santé» *"health care practitioner"*

«professionnel de la santé» Personne légalement autorisée en vertu de la loi d'une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit.

«régime d'assurance-santé» *"health care insurance plan"*

«régime d'assurance-santé» Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

«services complémentaires de santé» *"extended health care services"*

«services complémentaires de santé» Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

«services de chirurgie dentaire» *"surgical-dental services"*

«services de chirurgie dentaire» Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement.

(c) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the *Penitentiary Act*, or

(d) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services;

"medical practitioner" *« médecin »*

"medical practitioner" means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;

"Minister" *«ministre»*

"Minister" means the Minister of Health;

"physician services" *« services médicaux »*

"physician services" means any medically required services rendered by medical practitioners;

"resident" *« habitant »*

"resident" means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;

"surgical-dental services" *«services de chirurgie dentaire»*

"surgical-dental services" means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures;

"user charge" *«frais modérateurs»*

"user charge" means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c. 8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11.

«services de santé assurés» *"insured health services"*

«services de santé assurés» Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.

«services hospitaliers» *"hospital services"*

«services hospitaliers» Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;

b) les services infirmiers;

c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;

d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;

f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;

g) l'usage des installations de radiothérapie;

h) l'usage des installations de physiothérapie;

i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

«services médicaux» *"physician services"*

«services médicaux» Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.

«surfacturation» *"extra-billing"*

«surfacturation» Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11.

CANADIAN HEALTH CARE POLICY

Primary objective of Canadian health care policy

3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Objectif premier

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

PURPOSE

Purpose of this Act

4. The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

RAISON D'ÊTRE

Raison d'être de la présente loi

4. La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

CASH CONTRIBUTION

Cash contribution

5. Subject to this Act, as part of the Canada Health and Social Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Contribution pécuniaire

5. Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (ci-après, Transfert).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.

6. [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

PROGRAM CRITERIA

Program criteria

7. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

(a) public administration;

(b) comprehensiveness;

(c) universality;

(d) portability; and

(e) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

CONDITIONS D'OCTROI

Règle générale

7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

a) la gestion publique;

b) l'intégralité;

c) l'universalité;

d) la transférabilité;

e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Public administration

8. (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

(a) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

Gestion publique

8. (1) La condition de gestion publique suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

(b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and

(c) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Designation of agency permitted

(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency

(a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or

(b) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;

b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Désignation d'un mandataire

Comprehensiveness

9. In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Intégralité

Universality

10. In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Universalité

Portability

11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of

11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoie et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à

Transférabilité

amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoie et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Definition of "elective insured health services"

(3) For the purpose of subsection (2), "elective insured health services" means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

1984, c. 6, s. 11.

Définition de «services de santé assurés facultatifs»

(3) Pour l'application du paragraphe (2), «services de santé assurés facultatifs» s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

Accessibility

12. (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

Accessibilité

12. (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(b) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(c) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)*(c)* shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(b) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph *(a)*, conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(c) that a decision of a panel referred to in paragraph *(b)* may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

Conditions

13. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(a) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister

obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoie la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoie une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoie le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)*c)* si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa *a)*, soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa *b)*, sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

Obligations de la province

13. Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre

may reasonably require for the purposes of this Act; and

(b) shall give recognition to the Canada Health and Social Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37.

prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37.

DEFAULTS

MANQUEMENTS

Referral to Governor in Council

14. (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(a) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(b) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

Renvoi au gouverneur en conseil

14. (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Consultation process

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

Étapes de la consultation

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

Where no consultation can be achieved

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

Impossibilité de consultation

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

Order reducing or withholding contribution

15. (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of

Décret de réduction ou de retenue

15. (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas

a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(a) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Modification des décrets

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Avis

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Entrée en vigueur du décret

Reimposition of reductions or withholdings

16. In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

16. En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Nouvelle application des réductions ou retenues

When reduction or withholding imposed

17. Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default

17. Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le

Application aux exercices ultérieurs

that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

EXTRA-BILLING AND USER CHARGES

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Extra-billing

18. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

1984, c. 6, s. 18.

Surfacturation

18. Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

User charges

19. (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.

Frais modérateurs

19. (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Limitation

(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

1984, c. 6, s. 19.

Réserve

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Deduction for extra-billing

20. (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Déduction en cas de surfacturation

20. (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Deduction for user charges

(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation with province

(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

1984, c. 6, s. 20

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, ch. 6, art. 20.

When deduction made

21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

1984, c. 6, s. 21.

Application aux exercices ultérieurs

21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, ch. 6, art. 21.

REGULATIONS

RÈGLEMENTS

Regulations

22. (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

(a) defining the services referred to in paragraphs *(a)* to *(d)* of the definition "extended health care services" in section 2;

(b) prescribing the services excluded from hospital services;

(c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13*(a)* and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

(d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health and Social Transfer is required to be given under paragraph 13*(b)*.

Règlements

22. (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

a) définir les services visés aux alinéas *a)* à *d)* de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13*a)* et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13*b)*.

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)*(a)* or *(b)* except with the agreement of each of the provinces.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)*(a)* if they are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)*(c)* or *(d)* unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40.

REPORT TO PARLIAMENT

Annual report by Minister

23. The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)*a)* ou *b)* qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)*a)* s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984.

Consultation des provinces

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)*c)* ou *d)* que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

RAPPORT AU PARLEMENT

Rapport annuel du ministre

23. Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

1984, ch. 6, art. 23.

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Extra-billing and User Charges Information Regulations

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

SOR/86-259

DORS/86-259

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it as no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

REGULATIONS PRESCRIBING THE TYPES OF INFORMATION THAT THE MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE MAY REQUIRE UNDER PARAGRAPH 13(*a*) OF THE CANADA HEALTH ACT IN RESPECT OF EXTRA-BILLING AND USER CHARGES AND THE TIMES AT WHICH AND THE MANNER IN WHICH SUCH INFORMATION SHALL BE PROVIDED BY THE GOVERNMENT OF EACH PROVINCE

SHORT TITLE

1. These Regulations may be cited as the *Extra-billing and User Charges Information Regulations*.

INTERPRETATION

2. In these Regulations,

"Act" means the *Canada Health Act*; *(Loi)*

"Minister" means the Minister of National Health and Welfare; *(ministre)*

"fiscal year" means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. *(exercice)*

TYPES OF INFORMATION

3. For the purposes of paragraph 13*(a)* of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4. For the purposes of paragraph 13*(a)* of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

RÈGLEMENT DÉTERMINANT LES GENRES DE RENSEIGNEMENTS DONT PEUT AVOIR BESOIN LE MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL EN VERTU DE L'ALINÉA 13*a)* DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ QUANT À LA SURFACTURATION ET AUX FRAIS MODÉRATEURS ET FIXANT LES MODALITÉS DE TEMPS ET LES AUTRES MODALITÉS DE LEUR COMMUNICATION PAR LE GOUVERNEMENT DE CHAQUE PROVINCE

TITRE ABRÉGÉ

1. *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*.

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

«exercice» La période commençant le 1er avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. *(fiscal year)*

«Loi» La *Loi canadienne sur la santé*. *(Act)*

«ministre» Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. *(Minister)*

GENRE DE RENSEIGNEMENTS

3. Pour l'application de l'alinéa 13*a)* de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4. Pour l'application de l'alinéa 13*a)* de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

TIMES AND MANNER OF FILING INFORMATION

5. (1) The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

(a) in respect of the estimates referred to in paragraphs 3*(a)* and 4*(a)*, before April 1 of the fiscal year to which they relate; and

(b) in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3*(b)* and 4*(b)*, before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3*(a)* and 4*(a)* before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections (1) and (2) shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

5. (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3*a)* et 4*a)*, avant le 1er avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3*b)* et 4*b)*, avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3*a)* et 4*a)*, avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

Annexe C – Lettres de politique d'interprétation

Il existe deux énoncés de politiques qui clarifient la position fédérale sur la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés apparaissent sous la forme de lettres ministérielles adressées par d'anciens ministres fédéraux de la santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

Lettre Epp

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la LCS. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi.

Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985

OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en oeuvre de la Loi canadienne sur la santé. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la Loi canadienne sur la santé, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la Loi canadienne sur la santé ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la Loi canadienne sur la santé, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

La Loi canadienne sur la santé n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la Loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but de la Loi canadienne sur la santé est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province on droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la Loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la Loi canadienne sur la santé n'entrave pas ce droit. La Loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Les dispositions de la Loi canadienne sur la santé relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la Loi canadienne sur la santé.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la Loi canadienne sur la santé en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La Loi ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

Accessibilité raisonnable

La Loi est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La loi met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'oeuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la Loi canadienne sur la santé, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en oeuvre la Loi sans animosité et sans conflit.

Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la Loi canadienne sur la santé et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants:

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;

2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la Loi et de faire rapport au Parlement;

3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en oeuvre et faire appliquer la Loi canadienne sur la santé;

4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la Loi canadienne sur la santé quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la Loi canadienne sur la santé circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données:

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;

2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la Loi canadienne sur la santé.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les "montants facturés" ou sur les "montants perçus". La Loi établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé à la page 6.

Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la Loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la Loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces

puissent interpréter la Loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la Loi de 1977 sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la Loi canadienne sur la santé. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la Loi. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la Loi et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

Le 6 janvier 1995

Cher collègue,

Objet : la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la loi de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de note réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un «second palier» d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires.

De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la loi. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient un séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit ou ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme «hôpital» prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de «clinique». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit ou ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadiennes sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la Ministre de l'Alberta, ont convenu :

> d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en oeuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

> « ... dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau
Ministre de la Santé

Annexe D – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

En 1999, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont pris l'engagement, en vertu de l'entente-cadre sur l'union sociale, de travailler ensemble afin de prévenir et de régler les différends intergouvernementaux, tout en respectant les dispositions législatives des gouvernements visés. La partie de l'entente-cadre liée à la prévention et au règlement des différends prévoyait des recommandations pour le développement d'un processus dans les domaines des initiatives intergouvernementales, y compris l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les travaux relatifs à l'élaboration d'un processus de prévention et de règlement des différends ont été amorcés à la conférence des ministres de la Santé en 2000, compte tenu des engagements de l'entente-cadre et des obligations du gouvernement fédéral en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le 2 avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan, ministre fédérale de la Santé, a écrit à l'honorable Gary Mar, ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, pour lui présenter un processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. En réponse, le premier ministre Klein a accepté le processus présenté par la ministre McLellan au nom de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux, à l'exception du Québec.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Minister of Health | Ministre de la Santé

Ottawa, Canada K1A 0K9

Le 2 avril 2002

L'honorable Gary Mar
Ministre de la Santé et du Mieux-être
Province de l'Alberta
Legislature Building, pièce 323
Edmonton (Alberta)
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;

- ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse;
- ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu'un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'Entente-cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

Portée

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés à la *Loi canadienne sur la santé*;
- à utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent.

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

Règlement des différends

Lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en œuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la *Loi*.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- recueillir et partager tous les faits pertinents;
- rédiger un rapport d'établissement des faits;
- négocier en vue de régler le conflit;
- rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en œuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

Présentation de rapports au public

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport présenté par le comité.

Révision

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.

Annexe E – Retenues et remboursements effectués en vertu de la Loi canadienne sur la santé

Cette annexe donne des détails sur les retenues et les remboursements effectués sur les paiements de transfert provinciaux et territoriaux depuis l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

Le tableau 1 présente les retenues annuelles effectuées sur les paiements de transfert par province et territoire, tandis que le tableau 2 résume l'ensemble des retenues et des remboursements effectués depuis l'entrée en vigueur de la Loi.

- En 2001-2002, des retenues s'élevant à 39 000 $ ont été effectuées sur les paiements versés à la Nouvelle-Écosse en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Ces retenues visaient l'imposition de frais modérateurs.

- Au cours de l'exercice 1999-2000, les retenues mensuelles effectuées sur les paiements de transferts à la Nouvelle-Écosse s'élevaient à 57 360 $. Toutefois, la Nouvelle-Écosse a récemment rapporté que pour l'exercice 1999-2000 les frais modérateurs à la clinique privée étaient en fait de l'ordre de 39 000 $. Par conséquent, un ajustement positif additionnel de 18 360 $ (différence entre 57 360 $ et 39 000 $) a été ajouté au transfert d'août 2002 au titre du TCSPS. Le montant révisé de 39 000 $ en 1999-2000 est inscrit au tableau 1.

Les remboursements faits au cours de l'exercice 1986-1987 ont été accordés en vertu de l'article 20(5) de la *Loi canadienne sur la santé* qui au cours des trois premières années d'application de la Loi permettait des remboursements aux provinces ayant supprimé la surfacturation et les frais modérateurs.

Tableau 1 – Retenues annuelles par province et territoire depuis l'entrée en vigueur de la Loi canadienne sur la santé

(en milliers de dollars)

Province ou territoire	1984-1985[1]		1985-1986[1]		1986-1987[1]		1987-1988	1992-1993		1993-1994		1994-1995	
	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation et frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs
Terre-Neuve et Labrador							Aucune retenue durant cette période						
Île-du-Prince-Édouard													
Nouvelle-Écosse													
Nouveau-Brunswick	63	3 015	84	3 222	206	296							
Québec		7 893		6 139									
Ontario	39 996		55 328		13 332								
Manitoba	810		460										
Saskatchewan	1 451		656										
Alberta	8 109	1 827	9 216	2 640	5 878	1 362							
Colombie-Britannique		22 797		30 620		31 332		83		1,223		676	
Yukon													
Territoires du Nord-Ouest													
Nunavut[2]													
Total des provinces et territoires	50 429	35 532	65 744	42 621	19 416	32 990		83		1,223		676	

[1] Ces fonds ont été par la suite remboursés en vertu de l'article 20(5) de la *Loi canadienne sur la santé* pour les retenues effectuées pour la surfacturation et les frais modérateurs durant la période allant de 1984-1985 à 1986-1987.

[2] Le territoire du Nunavut a été créé le 1er avril 1999. Avant l'exercice 1999-2000, tous les transferts et les retenues du gouvernement fédéral à la région étaient inclus dans ceux des Territoires du Nord-Ouest.

Tableau 1 – Retenues annuelles par province et territoire depuis l'entrée en vigueur de la Loi canadienne sur la santé *(suite)*

(en milliers de dollars)

Province ou territoire	1995-1996		1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs
Terre-Neuve et Labrador		46		96		128		53						
Île-du-Prince-Édouard														
Nouvelle-Écosse		32		72		57		39		39		39		39
Nouveau-Brunswick														
Québec														
Ontario														
Manitoba		269		588		587		612						
Saskatchewan														
Alberta		2 319		1 266										
Colombie-Britannique	43													
Yukon														
Territoires du Nord-Ouest														
Nunavut[3]														
Total des provinces et territoires	43	2 666		2 022		772		704		39		39		39

[3] Le territoire du Nunavut a été créé le 1er avril 1999. Avant l'exercice 1999-2000, tous les transferts et les retenues du gouvernement fédéral à la région étaient inclus dans ceux des Territoires du Nord-Ouest.

Tableau 2 – Résumé des retenues et remboursements par province et territoire depuis l'entrée en vigueur de la Loi canadienne sur la santé

(en milliers de dollars)

Province ou territoire	Retenues totales brutes de 1984-1985 à 2001-2002			Remboursements[4] de 1984-1985 à 1986-1987			Retenues totales nettes de 1984-1985 à 2001-2002		
	Surfacturation	Frais modérateurs	Total	Surfacturation	Frais modérateurs	Total	Surfacturation	Frais modérateurs	Total
Terre-Neuve et Labrador		323	323					323	323
Île-du-Prince-Édouard									
Nouvelle-Écosse		317	317					317	317
Nouveau-Brunswick	353	6,533	6,886	(353)	(6,533)	(6,886)			
Québec		14,032	14,032		(14,032)	(14,032)			
Ontario	108,656		108,656	(108,656)		(108,656)			
Manitoba	1,270	2,056	3,326	(1,270)		(1,270)		2,056	2,056
Saskatchewan	2,107		2,107	(2,107)		(2,107)			
Alberta	23,203	9,414	32,617	(23,203)	(5,829)	(29,032)		3,585	3,585
Colombie-Britannique	2,025	84,749	86,774		(84,479)	(84,749)	2,025		2,025
Yukon									
Territoires du Nord-Ouest									
Nunavut[5]									
Total des provinces et territoires	137,614	117,426	255,040	(135,589)	(111,143)	(246,732)	2,025	6,283	8,308

[4] Les remboursements de retenues ont été permis au cours des trois premières années d'application de la *Loi canadienne sur la santé* en vertu de l'article 20(5), lorsqu'il était démontré que les provinces avaient éliminé la surfacturation et les frais modérateurs.

[5] Le territoire du Nunavut a été créé le 1er avril 1999. Avant l'exercice 1999-2000, tous les transferts et les retenues du gouvernement fédéral à la région étaient inclus dans ceux des Territoires du Nord-Ouest.

Annexe F – Évolution des transferts fédéraux et Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

Depuis que le gouvernement fédéral a commencé à contribuer aux régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé en 1958, les accords visant ces contributions ont évolué. Avant 1977, le gouvernement fédéral partageait les frais des services hospitaliers et des services médicaux avec les provinces et les territoires. En 1977, le partage des frais a été remplacé par un financement global (Financement des programmes établis – FPE). Le 1er avril 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) a remplacé le FPE et le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC); le TCSPS continue à soutenir, par des transferts de fonds et des transferts fiscaux, les programmes de santé et les autres programmes sociaux fournis par les provinces et les territoires. Ces accords sont décrits dans la section qui suit. Des renseignements supplémentaires au sujet des programmes et des accords fiscaux fédéraux sont disponibles auprès du ministère des Finances.

Partage des frais

À l'origine, la contribution fédérale aux régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux était fonction des montants déboursés par les provinces et les territoires pour offrir des services hospitaliers assurés. En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957), le gouvernement fédéral remboursait aux provinces et aux territoires environ 50 p. 100 des coûts de l'assurance-hospitalisation. De même, en vertu de la *Loi sur les soins médicaux* (adoptée en 1966 et entrée en vigueur en 1968), la contribution fédérale au soutien des soins médicaux était égale à la moitié du coût moyen national par habitant pour les services assurés, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province et territoire.

Financement des programmes établis (FPE)

En 1997, les accords de partage des frais ont été remplacés par le FPE. À la différence des accords de partage des frais antérieurs, le FPE était un système de financement global et n'était plus illimité, même si le financement – dès le début du FPE et durant presque toute son existence – était calculé en fonction de la croissance économique, à l'aide de diverses formules.

Sous le régime du FPE, des transferts de fonds et des transferts fiscaux étaient consentis aux provinces et aux territoires à l'appui des programmes de santé et d'enseignement postsecondaire. Exception faite des premières années, le FPE (transferts de fonds et transferts fiscaux) était réparti selon la formule du montant égal par habitant.

Les transferts fiscaux étaient calculés d'après la valeur des points d'impôt transférés par le gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires en 1977 (13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés).

Les fonds en espèces au titre du FPE étaient transférés chaque mois à la province ou au territoire, si le régime provincial ou territorial avait respecté les conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*.

En 1995-1996, la dernière année du FPE, les provinces et les territoires ont reçu au total (transferts de fonds et transferts fiscaux confondus) 22 milliards de dollars au titre du FPE, dont 71,2 pour cent pour les soins de santé et le reste pour l'enseignement postsecondaire.

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)

Dans son budget de 1995, le gouvernement fédéral annonçait un régime de partage des frais pour les services sociaux, le TCSPS, qui remplaçait les transferts du FPE et du RAPC. Lorsque le TCSPS est entré en vigueur en 1996, les provinces et les territoires touchaient la même part en vertu du TCSPS qu'en vertu du RAPC, et la même part du financement de la santé et de l'enseignement postsecondaire qu'en vertu du FPE. La répartition provinciale-territoriale établie sous le régime des programmes antérieurs demeurait la même sous le TCSPS, mais a été rajustée graduellement afin de mieux tenir compte de la distribution de la population des provinces et des territoires.

Le TCSPS est un financement global, qui combine des transferts de fonds et des transferts fiscaux aux gouvernements provinciaux et territoriaux, au titre de la santé, de l'enseignement postsecondaire, et des programmes de services sociaux et d'aide sociale.

En 2001-2002, les paiements au titre du TCSPS ont été de 34,2 milliards de dollars, sous forme de transferts de fonds et de transferts fiscaux (Source : ministère des Finances, octobre 2002, http://www.fin.gc.ca).

Versement des paiements au titre du TCSPS

Le ministère des Finances assure le versement des paiements du TCSPS aux provinces et aux territoires depuis le 1er avril 1996. Cependant, le ministre de la Santé demeure responsable de déterminer le montant des retenues à effectuer en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, y compris de celles concernant la surfacturation et les frais modérateurs, et de communiquer ces montants au ministère des Finances avant les dates de paiement. Le ministère des Finances fait ensuite les retenues effectives sur les paiements bimensuels versés au titre du TCSPS aux provinces et aux territoires.

Annexe G – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport

Les termes compris dans ce lexique sont définis dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé*. Ils peuvent être définis ou interprétés différemment dans d'autres situations.

Terme	Explication
Absence temporaire	Absence de la province ou du territoire d'origine, motivée par le travail, les études, les vacances ou d'autres raisons qui ne supposent pas que la personne établira sa résidence permanente ailleurs.
Accessibilité	La condition d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* (article 12) suppose que le régime provincial ou territorial d'assurance-santé : • offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, à un accès raisonnable des assurés à ces services; • prévoie la prise en charge des services de santé assurés selon un mode de paiement autorisé par la loi de la province ou du territoire; • prévoie une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes; • prévoie le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en place en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales-territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé partout au Canada. Les provinces et les territoires se réunissent périodiquement pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acceptation officielle dans un établissement de santé d'une personne qui requiert, pour une période donnée, des services médicaux ou de santé et l'assignation d'un lit à cette personne.
Caisse supplémentaire d'assurance-santé (CSAS)	Caisse, administrée par la Division de la Loi canadienne sur la santé, qui aide les personnes qui ont perdu ou qui n'ont pu obtenir, sans qu'elles en soient responsables, la protection d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour les services de santé assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette caisse a été constituée pour la première fois en 1972, époque à laquelle la transférabilité des régimes d'assurance-santé entre les provinces variait et entraînait des divergences dans les règles d'admissibilité selon lesquelles un résident du Canada pouvait ne pas être admissible, de façon temporaire, à un régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire à la suite d'un changement de province ou de statut d'admissibilité à des services de santé (p. ex. renvoi de la GRC ou des Forces canadiennes). L'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, a mis un terme aux divergences entre les périodes d'admissibilité des provinces, source de la plupart des préoccupations et raison de l'établissement de la caisse. Le solde de la caisse est actuellement de

Terme	Explication
	28 387 $. Cinq demandes d'indemnisation ont été envoyées à la CSAS depuis 1986. Toutefois, aucune ne répondait aux conditions en matière de remboursement.
Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR)	Formé en 1991, le Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR) regroupe des fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux du domaine de la santé. Il est chargé de cerner et de résoudre les problèmes administratifs découlant des ententes de facturation interprovinciales et interterritoriales pour les services hospitaliers et médicaux (rendus par un médecin). L'objectif général des accords de facturation réciproque provinciaux-territoriaux est d'assurer que les Canadiens admissibles aient accès aux services de santé médicalement nécessaires lorsqu'ils doivent se rendre à l'extérieur de leur province ou territoire pour recevoir ces services, lorsqu'ils voyagent, ou lorsqu'ils sont en congé d'études ou occupent un emploi temporaire.
Condition de communication des renseignements	La *Loi canadienne sur la santé* (article 13(a)) stipule que les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent communiquer au ministre fédéral de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé aux fins de l'application de la Loi.
Condition de gestion publique	Cette condition de la *Loi canadienne sur la santé* (article 8) exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux soient gérés et exploités sans but lucratif par une autorité publique qui doit rendre des comptes au gouvernement de la province ou du territoire, et qui est assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.
Condition de reconnaissance	La *Loi canadienne sur la santé* (article 13(b)) stipule que les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province ou le territoire.
Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés	Estimation du montant qu'une province ou un territoire établit comme étant le coût quotidien moyen pour un traitement ou un séjour en établissement de soins de santé.
Demandeur du statut de réfugié	Personne qui est entrée au Canada et qui demande le statut de réfugié. Si l'on détermine qu'un demandeur du statut de réfugié est un réfugié au sens de la Convention, cette personne peut demander le statut de résident permanent.
Durée de séjour	Nombre de jours pendant lesquels un patient est hospitalisé.
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale conclue entre des provinces ou des territoires, qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement de la province ou du territoire pour des services hospitaliers offerts à des malades hospitalisés et externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont remboursables aux taux approuvés par la province ou le territoire d'accueil, ou comme il a été convenu par les parties en cause et le Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR).
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre des provinces ou des territoires, qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement pour des services médicaux reçus à l'extérieur de la province ou du territoire d'origine et fournis par un médecin autorisé. En vertu d'une telle entente, les services médicaux assurés sont remboursables aux taux approuvés par la province ou le territoire d'accueil.

Terme	Explication
Établissement de chirurgie externe	Établissement de soins de santé qui fournit des services de chirurgie de courte durée (chirurgie d'un jour seulement).
Établissement de chirurgie privé	Établissement de soins de santé privé offrant des services de chirurgie.
Établissement de diagnostic privé	Établissement de soins de santé privé offrant des services de laboratoire et de radiologie, et d'autres services de diagnostic.
Établissement de santé privé (sans but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui est reconnu comme un organisme à but non lucratif en vertu des lois du gouvernement fédéral, ou du gouvernement provincial ou territorial en cause.
Établissement de santé privé (à but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui distribue des dividendes à ses propriétaires, actionnaires, exploitants ou membres, ou qui partage les profits avec eux.
Établissement de soins actifs	Établissement de santé où sont fournis des soins ou des traitements aux patients souffrant d'une maladie aiguë ou dont l'état de santé est grave.
Établissement de soins de longue durée	Établissement qui fournit des services médicaux continus et de longue durée à des malades hospitalisés. Les établissements de soins chroniques ne comprennent pas les maisons de repos.
Établissement de soins de santé	Bâtiment ou groupe de bâtiments faisant partie d'une structure organisationnelle commune, qui loge le personnel ou l'équipement de soins de santé servant à fournir des services de santé (p. ex., diagnostic, chirurgie, soins actifs, soins de longue durée, soins dentaires, physiothérapie) à l'ensemble de la population ou à un groupe particulier de personnes ou de résidents.
Établissement de soins de santé public	Établissement de soins de santé situé au Canada et administré par le secteur public, qui offre des services de santé assurés par le régime public à des malades externes et hospitalisés.
Étapes de la consultation	En vertu de l'article 14(2) de la *Loi canadienne sur la santé*, le ministre de la Santé doit consulter la province ou le territoire concerné au sujet d'un manquement potentiel aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement de la Loi, avant que des retenues discrétionnaires soient imposées à la province ou au territoire.
Financement des programmes établis (FPE)	Adoptée en 1977, la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*, également connue sous le nom de *Loi FPE*, a remplacé les programmes fédéraux de partage des frais déboursés par les provinces et territoires pour les services médicaux et hospitaliers assurés et pour l'enseignement postsecondaire. Le FPE était un système de financement global lié à la croissance économique et démographique. En vertu du FPE, des transferts de fonds et des transferts fiscaux étaient consentis aux provinces et aux territoires pour financer les services de santé et d'enseignement postsecondaire. En 1996, le FPE a été remplacé par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.
Frais de fournitures médicales	Frais imposés pour des articles, tels que les tampons alcoolisés, les instruments, les fils de suture, qui sont utilisés pour la prestation d'un service médical assuré.

Terme	Explication
Frais modérateurs	Tous les frais pour un service de santé assuré qui sont autorisés ou permis par un régime d'assurance-santé provincial ou territorial mais que ce dernier ne rembourse pas directement ou indirectement, à l'exception des frais imposés par surfacturation.
Habitant	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, un habitant d'une province ou d'un territoire est une personne domiciliée et résidant habituellement dans la province ou le territoire, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme ou étant de passage ou en visite dans la province ou le territoire.
Honoraires forfaitaires	Frais imposés par un médecin pour des services non couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, tels les consultations téléphoniques, le renouvellement d'ordonnances par téléphone et la préparation de formulaires et de documents.
Hôpital	Établissement de soins de santé situé au Canada où sont fournis des services médicaux et de chirurgie, ou des traitements aux personnes malades ou blessées, y compris des soins actifs, de longue durée et de réadaptation, à l'exception des établissements destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux, et des établissements ou des unités des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos, des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.
Intégralité	Condition de la *Loi canadienne sur la santé* (article 9) qui oblige les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé à couvrir tous les services de santé assurés (hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire) et, lorsque la loi de la province ou du territoire le prévoit, les services fournis par d'autres professionnels de la santé.
Lettre « Epp »	En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social de l'époque, M. Jake Epp, a confirmé la politique fédérale d'interprétation et d'application de la *Loi canadienne sur la santé* dans une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux. La lettre du ministre Epp a été envoyée à la suite de plusieurs mois de consultation avec les provinces et les territoires. Elle énonce la politique fédérale, précisant les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. L'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi par le gouvernement fédéral ont été effectuées en fonction de ces précisions. La lettre « Epp » (annexe C) demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi.
Lit pour soins de longue durée	Lit réservé aux malades hospitalisés ayant besoin de services médicaux continus et de longue durée.
Lit pour chirurgie d'un jour	Lit réservé aux services de chirurgie à court terme (c.-à-d. moins de 24 heures).
Lit pour soins actifs	Lit d'un établissement de soins de santé réservé à des malades hospitalisés recevant un traitement ou des soins pour une maladie aiguë ou un problème de santé grave.
Lits dotés en personnel	Nombre de lits pour lesquels un établissement de soins de santé dispose de personnel affecté à la prestation de services de santé.

Terme	Explication
Lit pour soins de réadaptation	Lit réservé aux malades requérant une hospitalisation pour la prestation de soins de réadaptation (p. ex., réadaptation pour traumatismes médullaires ou crâniens).
Loi canadienne sur la santé (LCS)	La *Loi canadienne sur la santé* a reçu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'appui unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La Loi, qui remplace la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) et la *Loi sur les soins médicaux* (1968), énonce les normes nationales que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter afin de recevoir la pleine contribution en espèces du gouvernement fédéral, prévue dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.
Malade externe	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de santé pour un traitement qui ne nécessite pas un séjour d'une nuit.
Malade hospitalisé	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de santé pour un traitement qui nécessite l'hospitalisation pour au moins une nuit.
Médecin	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, toute personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, de sorte qu'il facture ses patients directement selon le taux provincial ou territorial. Conformément à l'entente touchant le barème des honoraires, le régime provincial ou territorial rembourse ces patients jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime pour les services rendus.
Médecin non participant	Médecin qui ne participe d'aucune façon au régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Dans ce cas, ni le médecin ni le patient n'est admissible, en vertu du régime d'assurance-santé provincial ou territorial, à une couverture pour les services rendus ou reçus. Un médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, lesquels sont payés directement par le patient.
Médecin ou dentiste participant	Médecin ou dentiste autorisé qui est inscrit à un régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Nombre total de lits approuvé	Nombre de lits qu'un établissement est autorisé à ouvrir en vue de répondre aux attentes en matière de prestation de services de santé. L'autorisation est accordée par la province, le territoire, ou le gouvernement fédéral dans le cas d'un hôpital fédéral.
Omnipraticien	Médecin autorisé qui exerce la médecine à l'échelle communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic posé le justifie. Les omnipraticiens peuvent entre autres offrir les services suivants : consultation, diagnostic, référence, conseils sur les soins de santé et la prévention des maladies, petites chirurgies et prescription de médicaments.
Pénalités discrétionnaires	Voir « Retenues discrétionnaires ».
Pénalités obligatoires	Voir « Retenues obligatoires ».

Terme	Explication
Personne assurée	En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, une « personne assurée » est un résident d'une province ou d'un territoire, à l'exception : • des membres des Forces canadiennes; • des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade; • des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la partie I de la *Loi sur les pénitenciers*; • des personnes qui ne sont pas installées dans la province ou le territoire depuis assez longtemps pour satisfaire à la condition du délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois qui les rendrait admissibles ou qui leur donnerait droit aux services de santé assurés.
Politique fédérale sur les cliniques privées (lettre « Marleau »)	Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, M^me^ Diane Marleau, a écrit à toutes les provinces et à tous les territoires pour leur communiquer l'interprétation fédérale en ce qui concerne l'inclusion des cliniques privées dans la définition d'« hôpital » dans la *Loi canadienne sur la santé*. La lettre précisait que la définition d'« hôpital » s'étendait à tout établissement qui fournissait des soins actifs, de réadaptation ou de longue durée, y compris les « cliniques ». Elle les informait également de son intention, après le 15 octobre 1995, de considérer les frais d'établissement chargés aux patients par ces établissements et cliniques comme des frais modérateurs. Toute province ou tout territoire ne respectant pas la politique fédérale sur les cliniques privés était passible d'une pénalité en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, calculée à partir du 15 octobre 1995. Ces pénalités constituent des retenues sur les transferts de fonds versés mensuellement dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. L'annexe C du présent rapport renferme une copie de cette lettre.
Prévention et règlement des différends (PRD)	En avril 2002, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont adopté un processus de prévention et de règlement des différends qui s'appliquerait à l'interprétation des principes de la LCS comme le mentionnait l'honorable A. Anne McLellan, ministre fédérale de la Santé, dans une lettre à l'honorable Gary Mar, ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. Le processus de prévention et de règlement des différends reliés à la LCS engage les gouvernements à continuer de participer activement aux comités fédéraux, provinciaux et territoriaux spéciaux chargés des questions relatives à la LCS et à échanger de l'information entre eux, à discuter et à clarifier les points de désaccord qui se présentent. Pour sa part, Santé Canada continuera de faire les évaluations préalables de mesures et de directives provinciales qui lui seront demandées.
Produits et services médicaux améliorés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit généralement d'un service ou d'un produit de qualité supérieure qui n'est pas médicalement nécessaire et qui est offert à un patient l'ayant choisi à cause d'une préférence personnelle ou de la commodité du produit.
Radiations	Nombre total de malades hospitalisés et de malades externes qui quittent un établissement de santé à la suite d'un congé, d'un transfert, d'une chirurgie d'un jour ou d'un décès. Les radiations comprennent les nouveau-nés.
Réfugié au sens de la Convention	Toute personne qui craint avec raison d'être persécutée dans son pays d'origine du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques. Au Canada, la Commission de l'immigration et du statut de réfugié, Section du statut de réfugié, décide de l'octroi du statut de réfugié au sens de la Convention.

Terme	Explication
Régime d'assurance-santé	La *Loi canadienne sur la santé* (article 2) définit un régime d'assurance-santé comme le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province ou d'un territoire en vue de la prestation de services de santé assurés.
Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs	Le seul règlement en vigueur en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* est le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, qui demande aux provinces et aux territoires de fournir une estimation du montant total de la surfacturation et des frais modérateurs, avant le début d'un exercice, afin de permettre le prélèvement des surcharges, ainsi que des états financiers indiquant le montant total imposé pour pouvoir vérifier la concordance avec les véritables montants prélevés. (L'annexe B renferme le texte de ce règlement).
Rémunération à l'acte	Mode de paiement utilisé par les médecins et reposant sur un barème d'honoraires qui précise le coût de chaque service.
Résident	Voir « Résident ».
Retenues obligatoires	Les provinces qui permettent la surfacturation ou l'application de frais modérateurs se verront imposer une retenue obligatoire, d'un montant équivalent, sur les paiements de transfert fédéraux. Les retenues obligatoires sont décrites dans les articles 20 et 21 de la *Loi canadienne sur la santé*. En vertu de ces dispositions, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser que l'on réduise les paiements de transfert à une province ou à un territoire en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux si l'on relève une violation des dispositions relatives à la surfacturation ou aux frais modérateurs et si l'on ne peut résoudre le problème par la consultation entre les deux paliers de gouvernement.
Retenues discrétionnaires	Les retenues discrétionnaires sont énoncées dans les articles 14 à 17 de la *Loi canadienne sur la santé*. En vertu des dispositions de la Loi, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser, conformément au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, une réduction des paiements fédéraux destinés à une province ou à un territoire qui ne satisfait pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*, lorsque ces manquements ne peuvent être autrement résolus par des consultations entre les paliers respectifs de gouvernement. Les montants de ces retenues sont établis en fonction de la gravité du manquement.
Service de chirurgie dentaire assuré	L'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé* définit un service de chirurgie dentaire comme tout acte de chirurgie dentaire nécessaire sur le plan médical ou dentaire et accompli par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peut être accompli convenablement qu'en un tel établissement.
Service de chirurgie rendu par un médecin	Aux fins du rapport sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, un service de chirurgie rendu par un médecin est un service de chirurgie nécessaire sur le plan médical et rendu par un médecin.
Service de diagnostic rendu par un médecin	Service médicalement nécessaire fourni par un médecin qui décèle ou détermine la présence de maladies ou de problèmes de santé.
Service médical	Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, tout service médicalement nécessaire fourni par un médecin.

Terme	Explication
Service médical assuré	L'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé* définit un service médicalement nécessaire couvert par un régime d'assurance-santé provincial ou territorial et fourni par un médecin.
Services de chirurgie dentaire	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, ces services comprennent : tout acte de chirurgie dentaire nécessaire sur le plan médical ou dentaire, accompli par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peut être accompli convenablement qu'en un tel établissement.-
Services complémentaires de santé	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, ces services comprennent : les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.
Services de diagnostic aux malades externes	Services de santé fournis dans un établissement de soins de santé pour un traitement ne nécessitant pas un séjour d'une nuit et qui a pour objet de dépister ou d'identifier diverses maladies ou affections.
Service de santé assuré	En vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (article 2), un service de santé assuré est un service hospitalier, médical ou de chirurgie dentaire fourni à un assuré, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.
Services hospitaliers assurés	En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, services fournis dans un hôpital ou un établissement de santé aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic, ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir : • l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si c'est médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée; • les services infirmiers; • les procédures de laboratoire, de radiologie ou les autres procédures diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires; • les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; • l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; • les fournitures et le matériel médicaux et chirurgicaux; • l'usage des installations de radiothérapie; • l'usage des installations de physiothérapie; • les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital ou l'établissement de soins de santé.
Services médicaux	Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, les services médicaux renvoient à tous les services médicalement nécessaires fournis par des médecins.
Soins actifs	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes souffrant d'une maladie grave et soudaine, et qui doivent recevoir des soins infirmiers professionnels et être sous observation professionnelle de manière continue. Parmi les exemples de soins actifs, on compte l'observation postopératoire dans une unité de soins intensifs, et les services de soins et d'observation pendant l'attente d'une chirurgie d'urgence.

Terme	Explication
Soins de longue durée	Soins requis par une personne souffrant d'une maladie chronique ou d'une déficience fonctionnelle (physique ou mentale), qui a traversé la phase aiguë de la maladie, dont les processus vitaux peuvent ou non être stables et qui a besoin d'une gamme de services et de traitements médicaux ne pouvant être fournis que dans un hôpital.
Soins de réadaptation	Services de santé offerts à des personnes ayant besoin d'une aide professionnelle pour restaurer des habiletés physiques et fonctionnelles à la suite d'une maladie ou d'une blessure (p. ex., physiothérapie et orthophonie à la suite d'un accident cérébrovasculaire).
Spécialiste	Médecin autorisé exerçant la médecine dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à poser des diagnostics spécialisés et à offrir des traitements spécialisés. Parmi les spécialités, on compte, entre autres, l'anesthésie, la dermatologie, la chirurgie générale, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, la neuropathologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la radiologie et l'urologie.
Surfacturation	L'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé* définit la surfacturation comme la facturation de la prestation d'un service de santé assuré à une personne assurée par un médecin ou un dentiste, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Tiers payeurs	Commissions d'indemnisation des accidents du travail, compagnies d'assurance-santé privées, régimes d'assurance-santé d'un employeur ou autres entités qui remboursent des services de santé assurés à leurs clients ou à leurs employés.
Transférabilité	Cette condition de la *Loi canadienne sur la santé* (article 11) exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux n'imposent pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux résidents de la province ou du territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés. En outre, les régimes doivent couvrir et payer les services assurés fournis aux personnes assurées temporairement absentes de la province ou du territoire, et durant toute période de résidence ou de carence imposée par le régime d'assurance-santé d'une autre province ou d'un autre territoire.
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)	Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux représente le plus important transfert fédéral aux provinces et aux territoires. Il prend la forme de transferts de fonds et de transferts fiscaux visant à soutenir les programmes de santé, d'enseignement postsecondaire, d'aide sociale et de services sociaux. Le volet fiscal du TCSPS est entré en vigueur en 1977, lorsque le gouvernement fédéral a accepté de prélever moins d'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés, permettant ainsi aux provinces et aux territoires d'augmenter leurs taux d'imposition d'un montant égal. C'est ainsi que les impôts qui auraient été prélevés par le gouvernement fédéral se sont retrouvés dans les coffres des provinces et des territoires. Le TCSPS donne aux provinces et aux territoires la possibilité de répartir les paiements entre les différents programmes sociaux en fonction de leurs priorités, tout en se conformant aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* et à la condition qu'il n'y ait pas de période de résidence minimale en ce qui concerne l'aide sociale.

Terme	Explication
	Le TCSPS est entré en vigueur le 1er avril 1996 et a remplacé le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), qui prévoyait un partage des coûts des programmes provinciaux et territoriaux d'aide sociale et de services sociaux, et le Financement des programmes établis (FPE), qui offrait du financement pour soutenir les soins de santé et l'enseignement postsecondaire.
Universalité	Cette condition de la *Loi canadienne sur la santé* (article 10) exige qu'au titre d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial, 100 p. 100 des assurés de la province ou du territoire aient droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé

Terre-Neuve et Labrador
Régime d'assurance-soins médicaux
B.P. 200, Tours Elizabeth
100, avenue Elizabeth
St. John's (Terre-Neuve et Labrador) A1C 5J3
(709) 292-4000
www.gov.nf.ca/mcp/

Ile-du-Prince-Édouard
Directeur, Soins actifs et soins de longue durée
16, rue Garfield
B.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
(902) 368-6184
www.gov.pe.ca/hss/aacc-info/

Nouvelle-Écosse
Directeur, Initiatives interorganismes
Bureau du sous-ministre
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
B.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
(902) 424-5868
www.gov.ns.ca/health/

Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé et du Mieux-être
B.P. 5100
Fredéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
(506) 453-2536
www.gnb.ca/HW-SM

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 2e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
1-800-707-3380
www.msss.gouv.qc.ca/
www.ramq.gouv.qc.ca/index.htm

Ontario
Ministère de la Santé et des soins
de longue durée
Édifice Hepburn
80, rue Grosvenor, 10e étage
Toronto (Ontario) M7A 2C4
1-800-268-1153
www.gov.on.ca/health/indexf.html

Manitoba
Centre des services à la clientèle
Ministère de la Santé du Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.gov.mb.ca/health/index.fr.html

Saskatchewan
Ministère de la Santé de la Saskatchewan
3475, rue Albert
Régina (Saskatchewan) S4S 6X6
1-800-667-7766
www.health.gov.sk.ca/ps_benefits.html

Alberta
Régime d'assurance-santé de l'Alberta
B.P. 1360
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
(780) 427-1432 (Edmonton)
www.health.gov.ab.ca/ahcip/

Colombie-Britannique
Ministère des Services de santé
B.P. 9050, Stn Prov Govt
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9E2
1-800-661-4337
www.healthservices.gov.bc.ca/
health@moh.hnet.bc.ca

Yukon
Yukon Health Care Insurance Plan
B.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
www.hss.gov.yk.ca/hsframe.html

Territoires du Nord-Ouest
Administration des services de santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Service de sac n° 9
Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0
1-800-661-0830 ou 1-867-777-7400
www.hlthss.gov.nt.ca/content/publications/publication_index.htm

Nunavut
Gouvernement du Nunavut
Ministère de la Santé et des Services sociaux
B.P. 1000, Station 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
1-867-975-5700
www.gov.nu.ca/hss.htm